
200931080 4
INST. PSYCH.

Dritter Band

Klinische Psychiatrie

II. Teil

PSYCHIATRIE

EIN LEHRBUCH
FÜR STUDIERENDE UND ÄRZTE

VON

DR. EMIL KRAEPELIN
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

ACHTE, VOLLSTÄNDIG UMGEARBEITETE AUFLAGE

III. BAND

KLINISCHE PSYCHIATRIE

II. TEIL

MIT 105 ABBILDUNGEN, 11 SCHRIFTPROBEN
UND 1 FARBIGEN TAFEL



LEIPZIG
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1913



Druck der Spamerschen Buchdruckerei zu Leipzig

Vorbemerkung.

Der große Umfang, den einzelne Abschnitte dieses Buches wegen der Fülle des zu bearbeitenden Stoffes erhalten haben, nötigt mich, noch einmal eine Teilung vorzunehmen. Der letzte Teil wird jedoch voraussichtlich noch im Laufe dieses Jahres zum Abschlusse gebracht werden können. Da der Druck bereits im vorigen Sommer begonnen wurde, konnte die Literatur leider nicht überall bis in die jüngste Zeit genügend berücksichtigt werden.

München, den 15. Februar 1913.

E. Kraepelin.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

IX. Die endogenen Verblödungen 667

A. Die Dementia praecox 668

Psychische Krankheitszeichen 670

Störungen der Auffassung und der Aufmerksamkeit, Sinnestäuschungen (Gedankenlautwerden, Gedankenbeeinflussung), Störungen der Orientierung, des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit (Erinnerungsfälschungen), des Gedankenganges (Verlust der geistigen Regsamkeit, Assoziationsstörungen, Paralogie, Unfreiheit), Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit, des Urteils, Wahnbildungen, gemütliche Stumpfheit, „Ataxie der Gefühle", Herabsetzung der Willensantriebe, Befehlsautomatie (Katalepsie, Echolalie, Echopraxie), Triebhandlungen, Haltungs- und Bewegungsstereotypen, Manieren, Parabulie, Negativismus „(Autismus"), Störungen der praktischen Leistungsfähigkeit, der Ausdrucksbewegungen (Fehlen des Mitteilungsbedürfnisses, Zerfahrenheit, Wortspielereien, Stereotypie, Verbigeration, Entgleisungen der Wortfindung, Wortneubildungen, Akataphasie).

Allgemeines psychisches Krankheitsbild 746

Abstumpfung der gemütlichen Regungen, intrapsychische Ataxie.

Körperliche Krankheitszeichen 749

Kopfschmerzen, Pupillenstörungen, Verhalten der Sehnenreflexe, Störungen der Muskelbewegungen, Anfälle, Grimassieren, vasomotorische Störungen, Verhalten des Blutdrucks, der Atmung, Speichelabsonderung, Körperwärme, Blutbild, Stoffwechsel, Schilddrüsenveränderungen, Schlaf, Nahrungsaufnahme, Körpergewicht.

Klinische Formen 761

Dementia simplex 763

Läppische Verblödung 767

Hebephrenie.

Depressive Verblödung 776

Stupor.

Depressive Verblödung mit Wahnbildungen 783

Zirkuläre Form der Dementia praecox 792

Agitierte Form 798

Periodische Form 806

Katatonie 808

Katatonische Erregung, katatonischer Stupor (Melancholia attonita).

Paranoide Formen 833

Dementia paranoides gravis und mitis, halluzinatorischer und paranoider Schwachsinn.

Sprachverwirrtheit (Schizophasie) 859

Seite
Verlauf 862
Remissionen.
Ausgang 866
Heilung, Heilung mit Defekt, Endzustände (einfacher Schwachsinn, halluzinatorischer, paranoider Schwachsinn, faselige, stumpfe, läppische, manirierte, negativistische Verblödung), prognostische Anhaltspunkte. Ausgang in Tod.
Leichenbefund 897
Zellerkrankungen, Gliaveränderungen, Markfaserschwund, Beziehungen der Rindenveränderungen zum klinischen Krankheitsbilde.
Häufigkeit 908
Ursachen 909
Lebensalter (Hebephrenie, Pfropfhebephrenie, Idiotieformen, Dementia praecocissima, Spätkatatonien, Dementia tardiva), Geschlecht, allgemeine Lebensverhältnisse, erbliche Veranlagung, Keimschädigung (Alkoholismus, Lues), persönliche Eigenart, äußere Ursachen (Überanstrengung, Infektion, Lues, Kopfverletzungen, Gefangenschaft, Fortpflanzungsgeschäft), Geschlechtsleben, Selbstvergiftung, Freudsche Komplexe.
Umgrenzung 939
Paranoide Formen, Katatonie, Spätkatatonien, periodische Formen, Sprachverwirrtheit.
Erkennung 945
„Katatonische Krankheitszeichen“, Unterscheidung von Psychopathie, Imbezillität und Idiotie, manisch-depressivem Irresein, Hysterie, psychogenen Psychosen, Verstellung, Epilepsie, Paralyse, Amentia, Hirnlues, paranoiden Erkrankungen.
Bekämpfung 968
Ursächliche Behandlung (Kastration, Immunisierung, Schilddrüsenausschneidung), Erziehung, Behandlung der Krankheitserscheinungen, Beschäftigung, Leukocytosebehandlung.

B. Die paranoiden Verblödungen (Paraphrenien) 971
Begriffsbestimmung und Gruppierung 971
Paraphrenia systematica 974
Krankheitsbild, Verlauf, Ausgang, Umgrenzung.
Paraphrenia expansiva 994
Paraphrenia confabulans 1002
Paraphrenia phantastica 1009

X. Das epileptische Irresein 1023

Begriffsbestimmung 1023
Der Krampfanfall 1026
Aura, tonische und klonische Krämpfe, unvollständige Anfälle (petit mal, Zitteranfälle, Kopfschmerzen, Ohnmachten, Absenzen, Schwindelanfälle).
Psychische Epilepsie 1040
Prä- und postepileptisches Irresein, Verstimmungen (komplizierter Rausch, Dipsomanie), Sinnestäuschungen, Träumereien, Wahnbildungen, Dämmerzustände (Verhalten der Erinnerung, Nachtwandeln, Träume, Benommenheit, Delirien, Angstzustände, epileptischer Stupor, besonnenes Delirium, Wandertrieb).
Epileptische Verblödung 1069
Schwerfälligkeit, Umständlichkeit, Gedächtnisschwäche, Assoziationsstörungen, Selbstsucht (Familienlobrednerei), Religiosität, Empfindlichkeit, Eigensinn, Unbeholfenheit, Förmlichkeit, Beeinflussung durch Alkohol.

Seite

Körperliche Störungen 1079
Epileptische Physiognomie, nervöse Störungen, Sprache, Blutveränderungen, Cerebrospinalflüssigkeit, Harn, Stoffwechselstörungen (Stickstoffausfuhr, Harnsäureausscheidung, Phosphorsäure, Ammoniak, Milchsäure, „pesotoxische" Stoffe).

Verlauf 1089
Status epilepticus, epileptische Veränderung.

Ausgang 1095
Heilung, Tod.

Leichenbefund 1096
Akute Zellerkrankungen, amöboide Gliawucherungen, Ammonshornsklerose, Randgliose, Cajalsche Zellen.

Häufigkeit 1105

Ursachen 1106
Alter (Kinderkrämpfe), Geschlecht, erbliche Veranlagung (Linkshändigkeit), Keimschädigung (Alkohol, Lues), Hirnverletzungen, Infektionskrankheiten (Kinderencephalitis), Lues, Alkohol (Alkoholepilepsie, habituelle Epilepsie der Trinker), Blei, Santonin, Reflexepilepsie, Einfluß der Kost, Gemütsbewegungen.

Wesen der Krankheit 1125
Jacksonsche, Koshewnikowsche Epilepsie, genuine Epilepsie, Hirnschädigungen, Giftwirkungen, Neurococcus, Stoffwechselstörungen (Unzulänglichkeit entgiftender Organe, Zersetzungen im Darm, karbaminsaures Ammon, Säurevergiftung, Cholinvergiftung, Arsenvergiftung, Störungen des intermediären Stoffwechsels).

Umgrenzung 1135
Äquivalente, Mania transitoria, Dipsomanie (Pseudodipsomanie), Migräne, Urämie, Eklampsie, Jacksonsche Epilepsie, Epilepsia tarda, progressive und stationäre Formen (degenerative Epilepsie, Residualepilepsie), psychasthenische Krämpfe, Narkolepsie, Affektepilepsie, Hysteroepilepsie („gehäufte kleine Anfälle"), Simulation.

Bekämpfung 1165
Vorbeugung, ursächliche Behandlung (operative Eingriffe, Serumbehandlung, Organpräparate), diätetische Behandlung (Kost, Alkoholentziehung), symptomatische Behandlung (Arzneien, Bromsalze, Bromopiumkur, salzarme Kost, Pflege), Behandlung des Status epilepticus.

XI. Das manisch-depressive Irresein 1183

Begriffsbestimmung 1183

Psychische Krankheitszeichen 1186
Auffassung, Aufmerksamkeit, Bewußtsein, Gedächtnis, Merkfähigkeit (Erinnerungsfälschungen), Sinnestäuschungen, Assoziationsstörungen (Ideenflucht, Denkhemmung), geistige Leistungsfähigkeit, Wahnbildungen, Stimmungslage, Willensstörungen (Betätigungsdrang, Rededrang, Willenshemmung, Entschlußunfähigkeit, ängstliche Erregung), Schriftwagenversuche.

Körperliche Krankheitszeichen 1227
Schlaf, Ernährung, Körpergewicht, Stoffswechselstörungen, Blutbild, Kreislaufstörungen (Blutdruck), Atmung, nervöse Störungen, hysterische Zeichen (Anfälle).

Manische Zustände 1237
Hypomanie, Tobsucht, wahnbildende Formen, deliriöse Formen, Verlauf, Dauer.

Depressive Zustände 1259
Melancholia simplex, Stupor, Melancholia gravis, paranoide Melancholie, phantastische Melancholie, deliriöse Melancholie, Verlauf.

Seite

Mischzustände 1284
Begriffsbestimmung, schematische Darstellung, depressive Manie, erregte Depression, gedankenarme Manie, manischer Stupor, ideenflüchtige Depression, gehemmte Manie, partielle Hemmung, Zorntobsucht, nörgelnde Manie, partielle Mischungen, Verlauf.

Grundzustände 1303
Depressive Veranlagung, manische Veranlagung, reizbare Veranlagung, cyklothymische Veranlagung.

Häufigkeit der einzelnen Formen 1319

Allgemeiner Verlauf 1320
Färbung der einzelnen Anfälle, Dauer der Anfälle und Zwischenzeiten, Beispiele verschiedener Verlaufsformen, Verhalten in den Zwischenzeiten, Übergänge.

Prognose 1347
Häufigkeit der Anfälle, Cyklothymie, chronische Melancholie und Manie, arteriosklerotische und senile Verblödung, Tod.

Ursachen 1353
Erbliche Belastung, Lebensalter (Häufigkeit und Färbung der Anfälle), Geschlecht, persönliche Eigenart, körperliche Ursachen (Alkohol, Lues, Kopfverletzungen, körperliche Krankheiten, Fortpflanzungsgeschäft), psychische Ursachen, Wesen des Leidens (vasomotorische Störungen, Stoffwechselstörungen, Selbstvergiftungen, Entwicklungshemmungen).

Umgrenzung 1373
Periodische Formen, einmalige Erkrankungen, Melancholiefrage, Mischzustände, „chronische Manie“, periodische Neurasthenie und Paranoia, Cyklothymie, alternierende Formen, Dementia praecox, Wahnsinnsformen.

Erkennung 1384
Unterscheidung von Neurasthenie, moralischem Irresein, Querulantenwahn, Zwangsneurose, Paralyse, Hirnlues, Arteriosklerose, Amentia, Hysterie, psychogenen Depressionen, Imbecillität.

Behandlung 1391
Unterdrückung der Anfälle (künstliche Frühgeburt), manische Erregung, Depressionszustände (Selbstmordneigung, Entlassungsfrage).

Verzeichnis der Abbildungen.

Figur		Seite
152.	Rechenleistungen bei Dementia praecox	692
153.	Darstellung körperlicher Beeinflussungen	697
154.	Gruppe von schizophrenen Kranken	708
155.	Wächserne Biegsamkeit (a)	709
156.	Dasselbe (b)	710
157.	Dasselbe (c)	711
158.	Haarzupfender Kranker	714
159.	Absonderlicher Strumpf (Katatonie)	726
160.	Zeichnungen bei Dementia praecox (Metamorphosen)	731
161.	Sinnlose Zeichnung (Dementia praecox)	732
162.	Verschrobene Zeichnung (Dementia praecox)	733
163.	Normale Fingerbewegung	752
164.	Einfache Fingerbewegung bei Katatonie (a)	752
165.	Dasselbe (b)	752
166.	Dasselbe (c)	753
167.	Dasselbe (d)	753
168.	Taktmäßige Fingerbewegungen beim Gesunden	754
169.	Dasselbe bei Katatonie	754
170.	Gang der Eigenwärme am Lebensende einer katatonischen Kranken	757
171.	Körpergewicht bei katatonischem Stupor mit Verblödung	760
172.	Körpergewicht bei katatonischer Erregung	760
173.	Körpergewicht beim Wechsel von Stupor und Erregung mit Verblödung	761
174.	Körpergewichtsschwankungen im Beginne einer Dementia praecox	761
175.	Körpergewichtsschwankungen bei periodischer Erregung	807
176.	Stuporöse Kranke, auf dem Bettrande liegend	822
177.	Fingerkontrakturen bei Katatonie	824
178.	Stuporöser Kranker	825
179.	Gesichtsausdruck bei katatonischem Stupor (a)	826
180.	Dasselbe (b)	827
181.	Nasenverschluß eines paranoiden Kranken	854
182.	Aufgeputzter paranoider Kranker	858
183.	Hüpfender Kranker	887
184.	Kranker in verschrobener Haltung	887
185.	Kranke, dauernd ihren Zopf haltend	889
186.	Nervenzellen, von Gliakernen umlagert; Alkoholfixierung, Toluidinblaufärbung; Vergr. 484	900
187.	Fibrinoide Granula in Gliazellen; Weigerts Gliafärbung; Vergr. 484	901
188.	Gesunde Nervenzellen mit Gliakernen; Alkoholfixierung, Toluidinblaufärbung; Vergr. 484	902
189.	Sklerotische Nervenzellen bei Dementia praecox, ebenso	902
190.	Gesunde Nervenzellen; Formolschnitt, Fettfärbung nach Herxheimer, Hämatoxylin; Vergr. 484	903
191.	Hochgradig erkrankte, mit lipoiden Abbaustoffen erfüllte Nervenzellen, ebenso	903

Figur Seite
192. Prozentische Verteilung von 1054 Fällen von Dementia praecox auf die einzelnen Altersstufen 910
193. Idiot mit manirierten Bewegungen 913
194, a—e. Ausschnitte aus einem epileptischen Krampfanfalle 1033
195. Zittern nach epileptischen Krampfanfällen 1037
196. Stoffwechsel während einer Anfallswoche (Epilepsie) 1090
197. Zahl der Leukocyten im Status epilepticus 1092
198. Karyokinese der Gliazellen im Status epilepticus; Alkoholfixierung, Toluidinblaufärbung; Vergr. 484 1096
199. Amöboide Gliazellen im Status epilepticus; Weigertsche Gliabeize, Ribbertsche Hämatoxylinfärbung nach Alzheimer; Vergr. 1100 1097
200. Gesundes Ammonshorn; Alkoholfixierung, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54 1098
201. Sklerosiertes Ammonshorn, ebenso 1099
202. Verödetes Ammonshorn, ebenso 1100
203. Gliawucherung im Ammonshorn; Weigerts Gliafärbung; Vergr. 11 1101
204. Mäßige Randgliose bei Epilepsie; Weigerts Gliafärbung, Vergr. 484 . 1102
205. Starke Randgliose, ebenso 1103
206. Cajalsche Zellen bei Epilepsie; Alkoholfixierung, Toluidinblaufärbung; Vergr. 54 1104
207. Lebensalter bei Beginn der Epilepsie mit und ohne Berücksichtigung der Kinderkrämpfe 1107
208. Verhältnis der Männer zu den Frauen in den einzelnen Altersklassen bei der Epilepsie 1110
209. Auffassungs- und Merkfähigkeit bei Gesunden und Manischen . . . 1188
210. Halluzinierte Fratze 1191
211. Manische Kranke 1206
212. Manische Kranke mit zahlreichen Zöpfchen 1211
213. Aufgeputzte manische Kranke 1212
214. Wechselnde Stellungen einer manischen Kranken 1213
215. Häufigkeit der Klangassoziationen bei Gesunden und manischen Kranken 1216
216. Einfache Fingerbewegung bei einer deprimierten Kranken 1221
217. Schriftdruckkurven beim manisch-depressiven Irresein. 1225
218. Körpergewicht während eines manischen Anfalles 1228
219. Körpergewicht bei länger dauernder Manie 1229
220. Starke Schwankungen des Körpergewichtes bei Manie 1229
221. Körpergewicht während eines zusammengesetzten Anfalles 1230
222. Körpergewicht bei Depression 1230
223. Körpergewicht bei schleppend verlaufender Depression 1231
224. Blutdruck, Pulszahl und Körpergewicht bei Manie 1235
225. Depressiver Stupor 1264
226. Dasselbe 1265
227. Depression 1270
228. Zusammensetzung der Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins 1287
229. Manischer Stupor 1293
230—247. Verlaufsdiagramme:
230. Periodische Depression. 1328
231. Depression in der Jugend und im Rückbildungsalter 1329
232. Häufige Depressionen 1329
233. Periodische Depression nach einzelnen manischen Anfällen 1329
234. Chronische Depression 1330
235. Periodische Manie. 1330
236. Recidivierende Manie 1331
237. Recidivierende Manie mit einzelnen Depressionen. 1331
238. Periodische Manie mit Ausgang in zirkuläres Irresein. 1332
239. Chronische Manie. 1332
240. Folie à double forme 1333

Figur Seite
241. Folie circulaire 1333
242. Zirkuläre Anfälle mit langer Pause 1334
243. Zirkuläres Irresein mit Depression in der Jugend. 1334
244. Zirkuläres Irresein mit einleitenden deliranten Anfällen 1335
245. Depression mit Übergang in zirkuläres Irresein 1335
246. Langdauernde Depression mit Übergang in Manie 1336
247. Unregelmäßiges, fast das ganze Leben ausfüllendes zirkuläres Irresein 1336
248. Hypomanie. 1343
249. Manie 1344
250. Prozentverhältnis der Klangassoziationen in der Manie und der Depression 1346
251. Zahl der richtigen und falschen Auffassungen beim Übergange von der Depression zur Manie 1346
252. Körpergewicht in zwei Doppelanfällen des manisch-depressiven Irreseins 1347
253. Verteilung der ersten Anfälle des manisch-depressiven Irreseins (903 Fälle) auf die einzelnen Altersstufen. 1356
254. Färbung der Anfälle auf verschiedenen Altersstufen. 1357
255. Beteiligung der beiden Geschlechter am manisch-depressiven Irresein (erste Anfälle) auf den einzelnen Altersstufen 1362
256. Verteilung von 1704 Anfällen des manisch-depressiven Irreseins auf die einzelnen Altersstufen 1363

Einschaltbild. Mit Seide besticktes Taschentuch (Dementia praecox); der Heidelberger Klinik von Herrn Kollegen Ilberg überlassen. 726

Schriftproben.

Seite
28. Zerfahrenheit (Dementia praecox) 729
29. Zerfahrenheit mit Stereotypie (Dementia praecox) 730
30. Stereotypie (Dementia praecox) 736
31. Brief eines Hebephrenen 773
32. Schrift eines paranoiden Kranken 856
33. Schrift desselben Kranken sieben Monate später 856
34. Schrift bei Paraphrenia phantastica 1015
35. Schrift bei Manie 1219
36. Manisches Geschreibsel 1251
37. Erregung nach Streit mit einer Wärterin 1345
38. Depression 1345

IX. Die endogenen Verblödungen.

Unter der Bezeichnung „endogene Verblödungen" sollen hier zum Zwecke einer rein vorläufigen Verständigung eine Reihe von Krankheitsbildern zusammengefaßt werden, deren gegenseitige klinische Beziehungen heute noch unklare sind, die aber die gemeinsame Eigentümlichkeit aufweisen, daß sie ohne erkennbare äußere Anlässe aus inneren Ursachen entstehen, und daß sie mindestens in der großen Mehrzahl der Fälle zu einem bald stärker, bald schwächer ausgeprägten psychischen Siechtume führen. Es scheint sogar, daß auch die Art dieses Siechtums trotz großer Verschiedenheiten im einzelnen doch gegenüber andersartigen Verblödungsformen, wie sie uns als Ausgang etwa der Paralyse, des Altersblödsinns, der Epilepsie bekannt sind, manche gemeinsame Züge aufweist. Aus diesem Grunde habe ich bisher die hier in Betracht kommenden Krankheitsbilder unter dem einheitlichen Namen der Dementia praecox beschrieben, und auch Bleuler hat sie sämtlich in seine „Gruppe der Schizophrenien" aufgenommen, ohne eine weitergehende Zerlegung dieser Gruppe zu versuchen. Ich halte die Frage für offen, ob den auseinanderweichenden Formen nicht schließlich doch der gleiche Krankheitsvorgang zugrunde liegt, nur mit verschiedenartigem Angriffspunkte und in wechselnder Verlaufsart. Dennoch erscheint es mir im gegenwärtigen Augenblicke zweckmäßig, aus dem ohnedies sehr weiten Rahmen der Dementia praecox, die wir als erste Hauptform der endogenen Verblödungen ins Auge zu fassen haben, eine Anzahl von klinischen Bildern auszuscheiden, die nach der einen oder anderen Richtung von den landläufigen Gestaltungen der Hauptform erheblicher abweichen. Man hätte diese Abtrennung vielleicht noch weiter treiben und z. B. den periodisch verlaufenden oder den zur Sprachverwirrtheit führenden Formen ebenfalls eine Sonderstellung einräumen können. Indessen habe ich geglaubt, bei der Gruppierung nach Möglichkeit von einem

bestimmten Gesichtspunkte ausgehen zu sollen. Darum wurden in einem zweiten Abschnitte zunächst diejenigen Formen zusammengefaßt, die gegenüber den gewöhnlichen Gestaltungen der Dementia praecox in ihrem ganzen Verlaufe durch das starke Hervortreten eigentümlicher Verstandesstörungen ausgezeichnet sind, während selbständige Willensschädigungen und namentlich auch gemütliche Verblödung fehlen oder doch nur schwach angedeutet sind. Bei dieser Umgrenzung scheint mir der sonst heute nicht mehr gebräuchliche Ausdruck „Paraphrenie" für die Benennung der hier versuchsweise vereinigten Krankheitsformen einstweilen geeignet zu sein.

A. Die Dementia praecox.

Die Dementia praecox[1]) setzt sich aus einer Reihe von Zustandsbildern zusammen, deren gemeinsames Kennzeichen eine eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhanges der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens bildet. Die Aufstellung dieser Krankheitsform ist zunächst auf vielfachen und entschiedenen Widerstand gestoßen, der seinen schärfsten Ausdruck wohl in den Ausführungen von Marandon de Montyel und von Serbsky[2]) gefunden hat. Allein, wenn auch in vielen Einzelfragen noch weitgehende Meinungsverschiedenheiten herrschen,

---

[1]) Finzi e Vedrani, Rivista sperim. de freniatria, XXV, 1899; Christian, Ann. médico-psychol. 1899, 1, 43; Trömner, Das Jugendirresein (Dementia praecox). 1909; Sérieux, Gaz. hebdomad. Mars 1901; Revue de psychiatrie, Juin 1902; Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. 1902; Meeus, de la démence précoce chez les jeunes gens. 1902; Masselon, Psychologie des Démences précoces; de la démence précoce. 1904; Stransky, Centralblatt für Nervenheilkunde XXVII, 1; Über die Dementia praecox. 1909; Bernstein, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, LX, 554; Deny et Roy, la démence précoce. 1903; Pighini, Rivista sperimentale di freniatria, XXXIV, 3; Hoche, Deutsche Klinik von Leyden-Klemperer, VI, 2, 197; Hecht, American journal of nervous and mental diseases, 1905, 689; Evensen, Dementia praecox. 1904; Rizor, Archiv f. Psychiatrie, XLIII, 760; Wieg-Wickenthal, Zur Klinik der Dementia praecox. 1908; Bleuler-Jahrmärker, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LXV, 429; Bleuler, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. 1911 (Literatur); Deny et Lhermitte, Traité international de psychologie pathologique, II, 439. 1911.

[2]) Serbsky, Annales médico-psychologiques 1903, 2, 379; Marandon de Montyel, ebenda 1905, 2, 246; Soutzo, ebenda 1907, I, 243.

so scheint doch die Überzeugung mehr und mehr an Boden zu gewinnen, daß die Dementia praecox im großen und ganzen eine gut gekennzeichnete Krankheitsform darstellt, und daß wir berechtigt sind, wenigstens die Hauptmasse der hier vereinigten, äußerlich oft sehr voneinander abweichenden klinischen Bilder als den Ausdruck eines einheitlichen Krankheitsvorganges zu betrachten.

Mehr noch, als gegen die klinische Auffassung, haben sich die Einwendungen gegen die Bezeichnung gerichtet. Den Ausgangspunkt der Gedankengänge, die 1896 zur Aufstellung der Dementia praecox geführt haben, bildete für mich einmal der überwältigende Eindruck der aus den verschiedenartigsten klinischen Vorstufen sich herausentwickelnden, einander durchaus ähnlichen Verblödungszustände, andererseits die an Heckers Beobachtungen sich anknüpfende Erfahrung, daß diese eigenartigen Verblödungen in engerer Beziehung zu den jugendlichen Lebensaltern zu stehen schienen. Bei der Unfertigkeit der klinischen Erkenntnis lag es nahe, zur vorläufigen Bezeichnung des neu umgrenzten Gebietes einen Namen zu wählen, der diese beiden Gesichtspunkte zum Ausdruck brachte. Die schon von Morel[1]) und später von Pick (1891) gebrauchte Bezeichnung „Dementia praecox" schien mir diesem Zwecke so lange genügend zu entsprechen, bis uns ein tiefer dringendes Verständnis eine sachgemäße Bezeichnung an die Hand geben würde.

Es hat sich gezeigt, daß die Voraussetzungen, auf die sich der gewählte Name gründet, zum mindesten zweifelhafte geworden sind. Wie späterhin genauer zu erörtern sein wird, läßt sich bei dem heutigen Stande unseres Wissens die Möglichkeit nicht bestreiten, daß eine gewisse Zahl von Fällen der Dementia praecox zu völliger, dauernder Heilung gelangt, und auch die Beziehungen zum jugendlichen Alter scheinen keine unverbrüchlichen zu sein; freilich halte ich nach beiden Richtungen hin die Sachlage keineswegs schon für genügend geklärt. Will man daher den strittigen, wenn auch schon ziemlich eingebürgerten Namen durch einen anderen ersetzen, so wäre nur zu wünschen, daß er nicht bald das Schicksal so vieler derartiger Bezeichnungen und auch der „Dementia praecox" teile, eine sich als unsicher oder falsch erweisende Anschauung über das Wesen des benannten Krankheitsvorganges wiederzugeben. Vorzuziehen wäre unter diesem Gesichtspunkte, wie Wolff ausgeführt

[1]) Morel, Traité des maladies mentales, 566. 1860.

hat, ein möglichst nichtssagender Name, wie Dysphrenie; auch die von Evensen vorgeschlagene Bezeichnung „Amblynoia", „Amblythymie", ferner die „demenza primitiva" der Italiener oder der von Rieger bevorzugte, freilich inzwischen schon in engerem Sinne gebrauchte Ausdruck „Dementia simplex" könnten in Betracht kommen. Bernstein spricht von einer „Paratonia progressiva", ein Name, der nur für einen Teil der Beobachtungen passen würde. Andere Forscher betonen die eigentümliche Störung des inneren psychischen Zusammenhanges bei unseren Kranken und bezeichnen das Leiden als „Dementia dissociativa", „dissecans", „sejunctiva" oder mit Bleuler als „Schizophrenie". Es bleibt abzuwarten, wie weit sich der eine oder andere dieser Namen einbürgern wird.

Die Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder, die wir im Bereiche der Dementia praecox beobachten, ist eine sehr große, so daß ihre innere Zusammengehörigkeit zunächst nur aus ihrer Aufeinanderfolge in demselben Krankheitsverlaufe erkennbar ist. Immerhin kehren gewisse Grundstörungen, wenn sie auch meist nicht als schlechthin kennzeichnend angesehen werden dürfen, doch häufig in gleicher Form, aber in den verschiedensten Verbindungen wieder. Wir werden uns daher, bevor wir die einzelnen klinischen Erscheinungsformen des Leidens schildern, einen Überblick über das allgemeine Verhalten der seelischen und körperlichen Leistungen zu verschaffen suchen[1]).

Die Auffassung äußerer Eindrücke pflegt in der Dementia praecox für die grobe Untersuchung keine erheblichen Beeinträchtigungen zu erleiden. Die Kranken nehmen im allgemeinen wahr, was um sie her vorgeht, oft weit besser, als man nach ihrem Verhalten erwarten sollte. Man ist bisweilen überrascht, daß anscheinend völlig stumpfe Kranke alle möglichen Einzelheiten in ihrer Umgebung richtig aufgefaßt haben, plötzlich die Namen ihrer Leidensgefährten kennen, Änderungen in der Kleidung des Arztes bemerken. Bei genaueren Messungen indessen, wie sie von Busch und von Gregor durchgeführt wurden, zeigt sich, daß der Umfang und namentlich die Zuverlässigkeit der Auffassung entschieden verringert sind, am stärksten in den akuten Krankheitszuständen und dann wieder in den letzten Abschnitten des Leidens. Besonders

[1]) Albrecht, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LXVII, 659.

auffallend war in den Versuchen von Busch die Erfahrung, daß die Kranken ganz gewöhnlich neben den spärlichen richtigen auch eine große Menge von völlig falschen Angaben machten, so bei der Auffassung von Buchstaben vielfach die gleichen, willkürlichen Buchstabenreihen, auch Abschnitte des Alphabets vorbrachten. Ihnen fehlte dabei offenbar das Bestreben, das wirklich Gesehene festzuhalten und wiederzugeben; statt dessen nannten sie wahllos, was ihnen gerade einfiel.

Dieses Verhalten steht zweifellos in engster Beziehung zu den Störungen der Aufmerksamkeit, denen wir bei unseren Kranken sehr häufig und in auffallender Ausprägung begegnen. Ganz allgemein geht ihnen Neigung und Fähigkeit ab, ihre Aufmerksamkeit aus eigenem Antriebe stark und dauernd anzuspannen. Oft ist es schon schwierig, sie überhaupt zum Aufmerken zu bringen. Die Kranken sehen nicht auf, wenn man sie anredet, verraten weder durch Blicke noch Gebärden irgendwie, daß sie von den äußeren Eindrücken berührt werden, obgleich sie vielleicht alle Einzelheiten aufgefaßt haben, freilich ohne innere Beteiligung. In sehr tiefem Stupor und in manchen Verblödungszuständen gelingt es bisweilen selbst durch die stärksten Reize nicht mehr, eine Anteilnahme der Kranken zu erzwingen. Aber auch das, was sie sehr gut wahrnehmen, beachten die Kranken nicht, suchen es nicht zu begreifen; sie verfolgen die Vorgänge in ihrer Umgebung nicht, selbst wenn diese für sie sehr wichtig sind. Sie passen nicht auf, was man zu ihnen spricht, kümmern sich nicht um den Sinn dessen, was sie lesen. Damit hängt das von Ossipow bei einigen Kranken beobachtete „photographische" Lesen, die gedankenlose Wiedergabe der Vorlage mit allen Satzzeichen, ferner die Neigung mancher Kranker zusammen, beim Abschreiben auch alle Fehler, Verbesserungen, Einschiebsel und Randbemerkungen getreu nachzubilden. Bei den psychologischen Versuchen halten die Kranken die gestellte Aufgabe nicht fest, empfinden kein Bedürfnis, ihre Gedanken in bestimmter Richtung zu sammeln und zu einer widerspruchslosen Lösung zu gelangen. Aus ähnlichen Störungen erklärt sich vielleicht die von Dodge und Diefendorf berichtete Erfahrung, daß die Kranken einem sich bewegenden Pendel nicht, wie Gesunde, fortlaufend, sondern mit Absätzen und Stockungen zu folgen pflegen.

Mit dieser Unlenksamkeit verbindet sich einmal eine gewisse

Unstetigkeit der Aufmerksamkeit; die Kranken schweifen ab, bleiben nicht bei der Stange, lassen ihre Gedanken wahllos nach den verschiedensten Richtungen wandern. Andererseits bildet sich öfters längere Zeit hindurch eine starre Bindung der Aufmerksamkeit heraus, insofern die Kranken auf denselben Punkt, denselben Gegenstand starren, an den gleichen Gedankengängen haften, sich nicht von einer bestimmten Tätigkeit abbringen lassen. Weiterhin kommt es vor, daß sie geflissentlich ihre Aufmerksamkeit von denjenigen Dingen abwenden, auf die man sie zu lenken wünscht; sie drehen den Rücken, sobald man sie anredet, blicken fort, wenn man ihnen etwas zeigen will. Endlich aber beobachtet man gelegentlich eine Art zwangsmäßiger Abhängigkeit der Aufmerksamkeit von zufälligen äußeren Eindrücken. Die Kranken flechten wahllos gehörte Worte in ihre Reden ein, reagieren auf jede Bewegung ihrer Nachbarn oder ahmen sie nach. Leupoldt beschreibt Kranke, die triebartig Gegenstände betasten oder aufzählen mußten, wie sie ihnen ins Auge fielen. Nach dem Schwinden von Stuporzuständen sieht man bisweilen bei den Kranken eine deutliche Neugierde auftreten; sie beobachten verstohlen, was sich im Zimmer abspielt, folgen dem Arzte von weitem, sehen in alle offenstehenden Türen hinein, wenden sich aber ab, wenn man sie anruft. Wir werden später sehen, daß alle diese Störungen jener inneren Willenstätigkeit, die wir Aufmerksamkeit nennen, nur Teilerscheinungen allgemeiner krankhafter Veränderungen der Willensvorgänge darstellen.

Schwere Störungen erleidet die Sinneserfahrung bei unseren Kranken überaus häufig durch das Auftreten von Trugwahrnehmungen. Namentlich bei akuter oder subakuter Entwicklung der Krankheit pflegen sie fast niemals zu fehlen. Oft genug begleiten sie den ganzen Krankheitsverlauf; häufiger schwinden sie späterhin allmählich, um dann in den Endzuständen nur noch zeitweise stärker hervorzutreten. Bei weitem am häufigsten sind Gehörstäuschungen. Den Beginn machen gewöhnlich einfache Geräusche, Sausen, Summen, Klingen in den Ohren, Glockenläuten („Totenglocken“), Klopfen, Tischrücken, Peitschenknallen, Trompeten Jodeln, Singen, Weinen der Kinder, Pfeifen, Blasen, Zwitschern, „Schießen und Todesröcheln“; das Bett knallt von Schüssen; das wilde Heer schreit und kräht; der Satan brummt unter dem Bett.

Sodann aber entwickelt sich allmählich oder plötzlich die für die Dementia praecox besonders kennzeichnende Krankheitserscheinung des Stimmenhörens. Bald ist es nur ein Wispern und Flüstern, „als wenn es mich anginge", wie ein Kranker sagte, eine heimliche Sprache, der „Gefangenenstichelton"; bald sind es laute oder halblaute Stimmen, wie von einem Bauchredner, oder ein Telephonruf, „Kinderstimmen"; eine Kranke hörte „Mücken reden". Bisweilen schreien sie wie im Chor oder alle durcheinander; ein Kranker sprach von „Ohrpaukereien"; ein anderer hörte „729000 Mädchen". Manchmal scheinen die Stimmen einen metallischen Klang zu haben; es sind „helle Stimmen", „Orgelstimmen" oder wie von einer Stimmgabel; andere Male werden sie von den Kranken gar nicht als sinnliche Wahrnehmungen aufgefaßt; es sind „Gewissensstimmen", „Stimmen, die nicht mit Worten sprechen", Stimmen von Verstorbenen, „falsche Stimmen", „Fehlstimmen"; ein Kranker meinte: „Es ist mir im Geist so vorgekommen, als würden sie schimpfen, ohne es gehört zu haben." Es ist ein „inneres Seelengefühl", eine „innerliche Gedankenstimme", „innerlich wird in mir gedacht"; es hat „gedacht geklungen"; „es war zwischen Hören und Ahnen" — so äußern sich die Kranken über diese Täuschungen. Nicht selten knüpfen sich die Trugwahrnehmungen an wirkliche Geräusche an. Die Uhr redet, wie wenn sie verzaubert wäre; das Rauschen des Wassers formt sich in Worte um; jeder Schritt unter dem Kranken spricht; ein Kranker „hörte die Gedanken anderer aus den Stiefelsohlen". Hier und da zeigen die Stimmen rhythmischen Tonfall, wohl im Anschlusse an den Carotispuls.

Der Sitz der Stimmen wird häufig in das Ohr oder in den Kopf verlegt; es sind „Ohrenstimmen"; im Ohre sitzen böse Geister, ein Telephon, „der Sprechschalter", ein Phonograph im Kopfe; „das Hirn schwätzt". Ein Ohr kann dabei ausschließlich oder doch stärker beteiligt sein; bisweilen tragen die Stimmen der beiden Ohren ein verschiedenes Gepräge. Ein Kranker behauptete, daß die Stimmen zu einem Ohr hinein und zum anderen wieder hinausgingen. Manche Kranke hören die Stimmen im ganzen Leibe; die Geister schreien im Bauche, in den Füßen, wandern auch wohl herum; ein Kranker hörte in seinem Geldbeutel sprechen. Ein anderer schrieb nieder:

Stimme im rechten Ohr: „Niemals“, z. B. als Antwort auf einen Wunsch. Stimme im linken Ohr: „Dumm-Jesses-Gott.“ Stimme im Magen: „Lausbub, Punkt. Gut.“ Stimme in der Nase: „München; oho-Bub.“ Stimme am Herzen: „Bub.“ Stimme im Unterleib rechts: „Jockel.“

Zumeist aber wird der Ursprung der Stimmen doch in der Außenwelt gesucht. Der Kranke fühlt sich telephonisch beeinflußt, ist ein „lebendes Telephon“; „es ist alles telephonisch ans Bett gekommen“, sagte eine Kranke. Es handelt sich um die „Ansprache“, um „die mitgeteilten Stimmen von Menschen“, „Murmelei und naturgemäße Geisterstimmen“, um unterirdische Stimmen aus der Luft, aus dem Fußboden, Stimmen aus Hinterindien und Sibirien, flüsternde Stimmen von der ganzen Menschheit, Stimmen „von Geistern, die gerade in der Nähe sind“, von Gott, Heiligen und Halbengeln, vom Schutzengel, namentlich aber auch von allen möglichen Personen der Umgebung. Eine Kranke hörte einen Vogel auf einem Bilde pfeifen; eine andere sah Fäden, aus denen Stimmen sprachen.

Zu manchen Zeiten plagen die Stimmen den Kranken den ganzen Tag, und er hört auch nachts die „Telephoniergeschichten“, oder aber er hört sie nur hier und da, nicht selten in Form einzelner abgerissener Bemerkungen. Allerdings ist es meist schwer, über diese Verhältnisse von den mißtrauischen und zurückhaltenden Kranken zuverlässige Mitteilungen zu erhalten; sie stellen gewöhnlich in Abrede, noch Stimmen zu hören, und geben erst auf Drängen zu, daß gestern oder vorgestern wohl noch etwas vorgekommen sei. Manchmal vermögen die Kranken über die Stimmen nur ganz allgemeine Auskunft zu geben: „Es waren Stimmen, wie wenn die Schlacht verloren ging“, „wie wenn ich etwas angestellt hätte“; „es war von König und Majestät die Rede“, „vom Leben und der Seele und der göttlichen Liebe“, vom „Heiraten und Sterben“; „der Pfarrer flüsterte etwas ins Ohr, was man nicht verstehen konnte“. Weit häufiger aber fassen sie, wie bei wirklichen Wahrnehmungen, den genauen Wortlaut auf; einzelne Kranke machen darüber Aufzeichnungen.

Der Inhalt der Stimmen ist in der Regel ein unangenehmer und aufreizender. „Die Stimmen sind in allen Stunden auf mich dreingefahren wie die brennenden Löwen“, sagte eine Kranke. Der Kranke wird überall gefoppt und geneckt, verspottet, beschimpft und bedroht. Die Leute reden über ihn; alle Welt beschäftigt sich

mit ihm; die ganze Werkstatt schreit; es ist „eine Spioniererei“, „wie eine Gerichtsverhandlung“; er hört Stimmen, „wie man sie in Mörder- und Indianergeschichten liest“. Man ruft: „Lump, Strolch, miserabler Hallunke“, „Brandstifter, Vatermörder“, „Taugenichts“, „Lausbub“, „Anarchist, Spitzbub, Raubmörder“, „Wichsbruder, Wichstrottel, Sauwichser“, „Vagabund“, „Schuft“, „Sauhund“, „Drecksau, Schlampe, Furie“, „Stadtschnalle“, „Zuchthausmensch“, „Verbrecher, Verbrecher“, „beleidigt, beleidigt!“ Der Kranke soll ein Kind vergewaltigt, ein Mädchen mit 80000 Mark verführt, mit seinen Kindern geschlechtlich verkehrt, Menschenfleisch gegessen haben. Man droht, ihm die Ohren abzuschneiden, die Füße abzuhacken, ihn zu zersägen, zu köpfen; es ist Befehl von der Regierung, ihn zu erstechen. „Der muß mit; den muß man verhaften; der hat das Mädel verführt“, heißt es; „das ist er“, „ich hab' ihn schon“, „wart, Kaiser Franz, wir haben dich!“, „der Kerl muß auf den Friedhof“, „den Zuchthausbruder durchschieße ich durch die Wand“, „geh nur her, so sticht man dich zusammen“, „jetzt haben wir ihm einen Schuß gegeben“, „mit dem machen wir es; der muß her“, „den spritzen wir, den stechen wir“, „der wird gemolken“, „mit Schusters Kindern wird Schluß gemacht“, „die soll verrecken; die sollte man herunterholen, dieses Mensch“. Besonders häufig sind es unanständige Sachen, Schweinereien, die gerufen werden; Unkeuschheit und Selbstbefleckung spielen dabei eine große Rolle. In manchen Äußerungen tritt auch ein gewisses Krankheitsgefühl zutage. Die Kameraden tuscheln über den Kranken, daß er geistesgestört, ein „ausgemachter Narr“ sei; „der studiert, hat etwas im Kopf“, „er hat Neurasthenie“, „das ist Größenwahn“, „der muß ins Irrenhaus“.

Auf der anderen Seite gibt es oft auch „gute Stimmen“, „Gönnersprüche“, „Lobsprüche“; „das ist der richtige, der wahre Jakob.“ Gott teilt dem Kranken mit, daß er ihn abrufen, als seinen Sohn auf die Welt schicken werde; „hier ist er“, ruft eine Stimme vom Himmel. Er hört, daß er ein Königssohn, ein Offizierssohn, sehr musikalisch sei; er kriegt ein schönes Leben; „heute tun wir ihm nichts“. Es ruft: „König, König!“, „der heilige Joseph!“, „ich bin Gott“; eine Taube sagt nachts: „Du hast die göttliche Braut schon.“

Manche Stimmen machen Bemerkungen über das Denken und Handeln des Kranken: „Der hört gut“, „Donnerwetter, hat der

Kerl Ohren!", „der hat sich abgewichst; der Kerl, der lüderliche, muß weg", „hörst du oben den Scheinwerfer? Jetzt haben sie wieder das Schalloch offen", „Marie, du schwätzest aber dumm; der Gendarm hat dich schon gesehen", „was haben wir ihm denn getan? Jetzt hört er uns nimmer an". „Die Stimmen wußten, was ich tat", sagte eine Kranke. Eine andere hörte, als sie sich der Sonne aussetzte: „sie schmilzt"; einem Kranken nannten die Stimmen die Namen der Begegnenden, „analysierten sein Inneres". Sie erzählen aus seinem Leben, befragen ihn über Familienangelegenheiten. „Der Direktor und die Klosterfrauen stören mir die nächtliche Ruhe, weisen mir das ganze Leben nach", klagte ein Kranker; „wenn ich aus dem Hause gehe, wissen alle Telephone, wohin ich gehe und was ich denke; die ganze Stadt ist in Aufregung, wenn ich ausgehe", meinte ein anderer. Ein später ganz verblödeter Kranker lieferte darüber folgende Aufzeichnungen:

„Im Prinz Karl hätte ich eine Mark Trinkgeld bekommen — Ich wär' ein eingebildeter Bu — Auf Reisen wär der Mann gewesen — Jetzt lacht der Bub auch noch — Nun möcht' ich bloß wissen, warum der Bu da ist — Zu End ist er noch nicht — Jetzt gefällt mir's schon nicht mehr — Ach lieber Gott, der Bub dauert mich — Der schreibt aber ganz fein — das geht wie geschmiert — wie sich da alles reimt — Der bringt in jeder Reih eine andere Schrift (Die Schrift hatte sich in der Tat vollständig geändert) — Der Jud' kann sich nicht mehr helfen vor Unzufriedenheit —".

Öfters ist aber der Inhalt der Stimmen von vornherein oder im weiteren Verlaufe der Krankheit auch gleichgültigen oder ganz unsinnigen und unverständlichen Inhalts. Der Kranke hört einen Zuruf von England, daß er einer Aufwartung beiwohnen soll, „immer anders herum, immer neue Namen"; er hört: „Bankier, reicher Maier, Platzer", „Salzweck", „Hengst", „sie helfen mir oder sie helfen mir nicht", „das Militär kommt morgen früh", „Erziehung", „Lavendelkraut und Kreuzweg sind der stärkste Sprengstoff" und ähnliches. Aus den umfangreichen Aufzeichnungen eines ganz besonnenen und geordneten Kranken über seine, in abgerissenen, zusammenhanglosen Sätzen erfolgenden Trugwahrnehmungen gebe ich folgende, beliebig herausgegriffene Probe, über deren Bedeutung im einzelnen er keinerlei Auskunft zu geben vermochte:

„Sie soll ihm nachgelaufen sein — o ihr Rindviecher — ich höre immer was und sehe nichts — würde mir halt mal einen Anlauf nehmen — Druck dich mit dei'm Schmarren — wir haben unsre Schuldigkeit getan; jetzt kann

er tun, was er mag — gleich ist es nicht aus; wenn es weit fehlt, ist das Gericht auch noch da — laß dich am A. lecken; da mußt du 2 Ohren haben, bei dem einen nein, bei dem andern naus — da können die Erben auch noch streiten — da 20 Mark, da 20 Mark — ja, warum nicht — wie soll er auch drauf kommen; er weiß ja nicht, was gegangen ist — siehst'n — soll'n wir ihm einen Dienstmann schicken — so schnell haut man einen Baum nicht um; auf einmal ist er auch nicht gewachsen — bei der Nacht san ja alle Kühe schwarz — Zechprellereien — O, du mein lieber Augustin, 's Geld ist hin — Bäume samt der Wurzel — O, ich muß ausziehn" usw.

Ein anderer, ebenfalls völlig geordneter Kranker schrieb folgende Worte als den Inhalt seiner inneren Stimmen nieder:

„Er — veni — ich kam — Cham — Saul — Absalom — Bardit — triefen — — Rost — Lust — Türken — rukidiku — trillern — sin-gen — Zin-ken — Zinn-gie-ßer — skr — Wid-der — fehlen — Hund — Frucht — Ko — Gruft — Klage — Flachs — Weihwasser — Alm — eingesagt — Drohne — trübe — drängen — Trichter — Druide — tremens — drücken — tröpfeln — Wachtel — klug — früher — Wurst — Luchs — vult — Frage — Malefiz — Pracht" . . .

An einigen Stellen „veni — kam — Cham", „Saul — Absalom", „trillern — singen — Zinken — Zinngießer" ist noch eine gewisse, wenn auch äußerliche Verknüpfung der aufeinanderfolgenden Vorstellungen zu erkennen. Sonst aber schließen sich die Worte ohne nachweisbares begriffliches oder klangliches Band aneinander; höchstens könnte bei „Rost — Lust" der entfernte Anklang und bei der Reihe „Drohne" bis „tröpfeln" der ähnliche Anlaut als Verbindungsglied angesehen werden. Diese Reihe erinnert an ähnliche Schöpfungen der Alkoholdeliranten beim Lesen vom leeren Blatte; auch beim Ablesen im Traume kommen derartige, gänzlich zusammenhanglose Aufzählungen vor. Manche Kranke hören dauernd, in unendlicher Wiederholung oder mit leichten Abwandlungen, dieselben unsinnigen Sätze, so daß eine Art halluzinatorischer Verbigeration zustande kommt. Ein Beispiel dafür gibt die folgende Aufzeichnung eines sonst durchaus klaren und verständigen Kranken:

„Denn wir selber können immer hoffen, daß wir uns andere Gedanken zahlen lassen sollen. Denn wir selbst wollen's wissen wollen, wer mit uns den Saukopf närrisch hin zum Tode quälen lassen sollte. Nein, wir selber sind nicht mehr so dumm, und kümmern uns nicht immer drum, wenn wir uns Saufen sparen lassen sollen. Weil wir eben närrisch machen und uns selber saudumm anschmieren lassen sollen."

In einer Reihe von Fällen erteilen die Stimmen auch Befehle, die unter Umständen sehr pünktlich befolgt werden. Sie verbieten

dem Kranken, zu essen und zu sprechen, zu arbeiten, in die Kirche zu gehen; er soll barfuß laufen. „Hau zu, schlag zu", heißt es, „immer weiter, immer mehr!", „Hände hoch!", „Gewehr über!", „gib den Stuhl her; steh doch auf!", „spring hinein!". Ein Kranker erzählte, er höre: „das mußt du tun", dann „das mußt du nicht tun"; „es ist ein Chaos; da kommt man nicht daraus".

Der Dementia praecox ganz besonders eigentümlich ist aber das Lautwerden der eigenen Gedanken. In den mannigfaltigsten Ausdrücken hören wir von den Kranken immer wieder die Klage darüber, daß man ihre Gedanken vernehmen kann. Man spricht sie laut aus, bald vorweg, bald hintennach; es ist die „Doppelsprache", die „Stimmeinprüfung", „Spurrednerei", der „Gedankenleseapparat", das „Gedenk". Eine Kranke hörte ihre Gedanken aus Geräuschen heraustönen. Infolgedessen kommt alles an die Öffentlichkeit; man weiß in der Heimat, was die Kranken denken, macht es allen Leuten bekannt, so daß jeder ihre Gedanken hat. „Ich habe das Gefühl, als wenn jemand neben mir ausspricht, was ich denke", sagte ein Kranker; „sobald der Gedanke im Kopf ist, wissen sie ihn auch", erklärte ein anderer; „wenn ich mir was denke, höre ich's gleich weiter", meinte ein dritter. Man schaut dem Kranken ins Gehirn; sein „Kopf ist offenbar"; wenn er Zeitung liest, hören es andere, so daß er nicht mehr allein denken kann; „wir können schneller lesen, als du", riefen die Stimmen einem Kranken zu. „Alle Leute können meine Gedanken lesen; ich kann das nicht", klagte ein Kranker; ein anderer äußerte: „Eine Person kann von einer anderen abgepaust werden; da kann man alles erfahren". Ein Kranker mußte selbst seine Geheimnisse „durch die Nase pfeifen".

Noch kennzeichnender für das hier besprochene Leiden scheint das häufig sich einstellende Gefühl der Gedankenbeeinflussung zu sein. Man redet dem Kranken in seine Gedanken hinein, lenkt sie, widerspricht ihm, „offeriert" ihm Gedanken, gibt sie ihm ein, überträgt ihm Worte, Gedanken, Bilder, Gerüche und Gefühle. Ein Kranker meinte: „die Sinne gehören nicht mehr mir; die Sinneskräfte werden widerrechtlich entzogen". Fremde Personen senden ihm lautlos Gedanken zu und reden in seinem Kopfe; es ist „ein Andenken, Herdenken, Zudenken", eine „Gedankenaufnahme". Dadurch werden die eigenen Gedanken gestört, „dressiert", „abgezogen"; er kann nicht denken, wenn die

Stimme spricht. „Die nehmen mir die Gedanken, und zurück kommt nichts, als Lumpenmensch", erklärte ein Kranker. Was er selbst denkt, wird verdreht; seine Gedanken werden „abgeschröpft, organisiert und publiziert". „Die Stimmen und mein Gehirn sind eins; ich muß das denken, was die Stimme sagt", äußerte ein Kranker, und eine Frau klagte: „Die Stimmen bewirken meine Gedanken von Morgen bis Abend, geben mir Träume ein und quälen mich unaufhörlich." Manche Kranke müssen ihre eigenen Gedanken oder die eingegebenen aussprechen, „leise durch Bewegungen der Lippen", „Unvernünftiges zu sich selber sprechen". „Es fließt ins Gehirn als Gedanke und gibt sich als Wort im Munde", sagte ein Kranker. Ein anderer hörte „tot" und mußte antworten „Brot". Auf der anderen Seite kennt der Kranke bisweilen auch die Gedanken anderer Menschen, ist „mit Mc Kinley telephonisch verbunden", kann „mit dem Kaiser sprechen", „tönt beständig mit Gott", „ist mit dem heiligen Geist in ständigem Verkehr". Er kann auch andern etwas zudenken, gibt die Gedanken weiter, führt Unterhaltungen, Zwiegespräche mit seinen Kameraden, mit Leuten in anderen Häusern; es ist ein „elektrischer Rundgesang". „In Kopf und Körper spricht es", sagte ein Kranker; „ich mache den Hals zu und singe die schönsten Lieder, und Sie hören es nicht."

Diese höchst absonderlichen, der gesunden Erfahrung durchaus fremden Störungen werden von den Kranken in der Regel zunächst geheim gehalten, so daß man über sie meist erst etwas erfährt, wenn sie schon lange Zeit hindurch bestanden haben. Die Kranken führen sie vielfach auf feindselige Personen zurück, von denen sie „durch das Telephon beobachtet", an drahtlose Telegraphie, an Teslaströme angeschlossen werden; die Gedanken werden mit einer Maschine übertragen; es ist eine „mechanische Inszenesetzung", „so eine kleine Übertragung", Telepathie. Ein Kranker meinte: „Ich kenne den nicht, der mir das einsagt"; ein anderer vermutete, es könne vielleicht zu wissenschaftlichen Zwecken durch einen Professor geschehen. Ein dritter erklärte: „Ich bin vollständig bei Vernunft und fühle mich als Irrsinniger behandelt, indem mir durch Magnetismus und Elektrizität Halluzinationen zugeführt werden." Oder aber die Kranken denken an überirdische Mächte, an „Halbgeister, welche die Gedanken wahrnehmen", „Seelchen und Gestältchen", den Schutzgeist, Gott und Christus; es sind Ein-

gebungen, Offenbarungen; ein Kranker hörte die ungeborene Jungfrau Maria in seinem Bauche reden; ein anderer trug Gottes Stimme auf dem Herzen.

Manche Kranke fühlen sich durch die Fernsprecherei sehr gequält, verstopfen sich die Ohren, „möchten keine solche Stimmbehandlung"; „der heilige Unsinn soll entfernt werden", bat ein Kranker. Andere betrachten sich als besonders bevorzugt; „ich höre auf die Entfernung; das kann nicht jeder", sagte ein Kranker. Einzelne Kranke suchen sich durch Kunstgriffe gegen die Gedankenbeeinflussung zu schützen; ein Kranker übersetzte Fremdwörter, um die Gedankenaufnahme abzulenken; andere bemühen sich, ihren wirklichen Gedankengang durch einen zweiten, daneben durchgeführten, gewissermaßen zu verdecken, der dann die fremden Einwirkungen aufnehmen soll.

Die Gesichtstäuschungen beginnen mit bunten Ringen vor den Augen, Farbenspielen, feurigen Strahlen und Kugeln, Funkensehen; alles sieht schief, verändert aus; die Kranken werden durch Spiegelungen, durch Blendlicht belästigt, die Augen mit Scheinwerfern bestrahlt und verblendet. An der Wand erscheinen weiße Figuren, Reflexbilder, die verstorbene Mutter, Gemälde, Phantasiebilder, Totenköpfe, ein Herz mit Degen, Gespenster, Schattengestalten, halb Tier, halb Mensch, südliche Landschaften, Heilige von der ganzen Ewigkeit; es ist Fernphotographie und Doppelgesicht. Vor dem Fenster gaukelt ein Fastnachtskerl herum; gute und böse Geister erscheinen; Engel und Maria im blauen Mantel reichen den Kelch; der Satan mit Hörnern und feurigem Schweif tanzt im Zimmer herum; der Tod zeigt sich als Gestalt mit einer Maske; nachts treten Männer ans Bett. Schwarze Totenvögel schweben; Leute spiegeln sich vor; der Kaiser von China kommt und spricht; Herren in weißem Anzug, Löwen, Verstorbene, schöne Mädchen, rote Männer mit schwarzen Köpfen erscheinen; eine schwarze Figur fletscht die Zähne. Der Kranke sieht „eine leuchtende Krone und einen drohenden Stern", „theatralisches Zeug", nackte Weibspersonen, unanständige Bilder, Automobile in der Luft, 2 Männer im Luftballon, das wilde Heer; ein grüner Schatten fliegt neben ihm. Im Essen, im Badewasser sind Schlangen; in der Luft zeigen sich übernatürliche Erscheinungen, Feuer am Himmel, ein Heiligenschein, Luther in den Wolken, Geister auf den Feldern. Die Bekannten

sehen merkwürdig aus; alles ist wie markiert; Möbel verwandeln sich in die Gestalt von Frau und Kindern; die Figuren auf Gemälden und die Steinbilder verneigen sich. Ein Kranker sah die „Stimmen" in Gestalt kleiner, grauer, vierfüßiger Wesen herumhüpfen und in der Luft schwirren; sie waren von Flämmchen begleitet, die sich von ihnen trennen konnten. Ein anderer bot in sehr ausgeprägter Weise „extrakampine" Halluzinationen dar; er „sah" einen Gewehrlauf auf seinem Rücken, rote und weiße Mäuse in seinem Herzen, 2 Schildkröten in seiner Achsel.

Auch Geruch und Geschmack werden häufig in Mitleidenschaft gezogen. Übelriechende Mittel werden ausgestreut; es riecht nach Schwefel, nach Leichen und Chlorkalk, nach Blut, Feuer, nach Teufelsdämpfen, „Riechegift", Dynamit. Eine Kranke roch menschliche Seelen; eine andere fühlte den Teufel hinter sich stehen: „es stank". Durch ein Nasenloch werden kalte, durch das andere warme Dünste eingeblasen. Manche Kranke riechen Rosenduft, merken, wie sie chloroformiert, durch parfümierte Taschentücher betäubt werden. Die Suppe schmeckt eigentümlich nach Kreosot; in den Speisen ist Erdöl, Arsenik, im Bier Morphium, Jodoform; das Trinkwasser ist sumpfig, enthält Chloroform.

Eine erheblich größere Bedeutung im Krankheitsbilde gewinnen indessen die krankhaften Berührungs- und Gemeinempfindungen, die sehr mannigfaltiger Art zu sein pflegen. Der Kranke fühlt sich angepackt, am ganzen Leibe berührt; er spürt Kitzeln am Schenkel bis herauf zum Halse, Prickeln in Rücken und Waden, ein sonderbares Gefühl im Nacken, Hitze im Gesicht; ihm wird heißer Sand ins Gesicht gestreut, Dreck unter die Haare gebracht; die Füße werden angespritzt; 100 Mäuse laufen über seinen Nacken. Man sticht ihn nachts mit Nadeln, versetzt ihm Rippenstöße, bestreut ihn mit unsichtbarem Pulver; warme Luft geht am Körper auf und ab. Er hat das Gefühl, als ob die Füße sich in die Höhe heben; das Bett wird nachts gerückt, macht Bewegungen, schwebt. Im Bett ist Ungeziefer, Juckpulver; ein Kranker fühlte junge Löwen. Es reißt im Kopfe und im Rücken, brennt im Magen, schmerzt in den Zähnen, rollt im Hirn; am Herzen wird gezogen; ein Hexenschuß durchdringt Leib und Niere. Ein Kranker spürte es in seinem rechten Ohre, wenn andere die Nase aufzogen.

Nicht selten gewinnen diese anscheinend an Organempfindungen

anknüpfenden Vorstellungen einen ganz abenteuerlichen Inhalt. Der Kranke wird furchtbar gequält an seinem Körper, merkt, wie ihm im Leibe etwas abgezogen, Blut genommen, wie er „überall am Körper verbraucht" wird; er fühlt „innere Rührungen", Leere im Innern, Strömungen und Spannungen im Körper. Das Wasser fließt aus dem Körper ab; das Essen geht gleich wieder zum Kopfe hinaus. Der Leib wird gedreht, der Mund auseinandergerissen, das Zahnfleisch aufgebrochen; die Augen werden ausgekratzt, die Haare ausgerauft, die Schultern auseinandergezogen, die Hoden zersprengt, Eier und Magen herausgerissen, die Wangen abgeschabt. Das Hirn wird zerquetscht; der Hals bläht sich auf; das ganze Gedärm zieht sich herauf; Feuer schlägt aus dem Munde. Der Kranke wird von hinten eingespritzt, von Gott mit einem Draht in den Fuß gestochen, verunstaltet. Ein Mann wird ihm ums Kreuz gelegt, der Rücken kaput gemacht, der Atem angesaugt. Ohren und Kopf werden aufgeblasen, die Kräfte ausgesogen, die Zehen abgebrannt, die Ohren abgeschnitten. Ein Kranker sprach immer davon, daß er „entzogen", eine andere, daß sie „abgemacht" werde. Ein dritter klagte über „Durchkreuzungen"; ein vierter meinte: „Es ist immer, als wenn es in mich hineinschiebt"; ein fünfter fühlte „1000 Puppen in sich herunterrutschen". Sehr gewöhnlich werden diese Empfindungen auf elektrische und ähnliche Fernwirkungen zurückgeführt. Der Kranke fühlt sich angeschlossen an die Aufnahme- und Entladestation, aus der Ferne elektrisiert, von elektrischen Schlägen in die Höhe gehoben, elektrisch aufgeblasen, spürt den Strom im Brustfell, einen Stich ins Herz durch den Apparat, wird warm durch die Strahlen; das Bett ist von elektrischen Strömen durchflossen; ein elektrischer Strom kommt von der Sonne. Eine Kranke meinte, daß man ihr mit Röntgenstrahlen unter die Röcke leuchte und sie so den Blicken preisgebe.

Infolge aller dieser Trugwahrnehmungen entwickelt sich bei den Kranken vielfach die Überzeugung, daß sie zum Spielballe aller möglichen Einwirkungen[1]) geworden seien. Ein Kranker schilderte das schriftlich mit folgenden Worten:

---

[1]) Haslam, Erklärungen der Tollheit, übersetzt von Wollny, 1889; Wollny, Über Telepathie. 1888; Sammlung von Aktenstücken. 1888; Teffer, Über die Tatsache des psycho-sexualen Kontaktes oder die actio in Distans. 1891; Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. 1903.

„Ich fühlte mich derart berührt, als ob ich hypnotisiert, elektrisiert, überhaupt von irgendeinem Medium oder sonst einem Willen beherrscht sei. Meine einzelnen Sinnesorgane wurden derart beeinflußt, daß ich immer den Willen des Mediums auf weite Entfernungen hörte, dem ich mich dann unbedingt fügen mußte. Ich fühle und höre den Willen in allen meinen Körperteilen, in meinem ganzen Organismus. Das Gehörte muß ich je nach dem Willen des sogenannten Mediums, das die Stimmen aller mir bekannten Personen, wovon täglich andere vor meiner Seele auftauchen, annehmen kann. Auf diese Weise existieren bei der Gesamtheit des Mediums keine Geheimnisse mehr, die meine Person betreffen. Alles, was mein Hirn durchkreuzte und noch bewegt, wird bei dem Medium reproduziert, und zwar in beliebiger Wiederholung, wobei mein Hirn immer diese Prozedur mitmachen muß. Dieser Vorgang erstreckt sich nicht nur auf die Gedanken, sondern auch auf die Sprache. Das Charakteristische daran ist, daß ich diese Gehörshalluzinationen auch dann habe, wenn mein Gehör von einem direkten Getöse betäubt wird, so daß ich sicher bin, daß diese Vorgänge sich im Gehirne selbst abwickeln. Auch Gesichtshalluzinationen, Visionen, habe ich schon gehabt, und zwar geschieht dies alles nach dem Willen des Mediums und infolge meiner Einbildungskraft. Die Visionen treten nur bei geschlossenen Augen auf."

Man beachte das eigentümliche Gemisch von Krankheitseinsicht und Beeinflussungsideen, namentlich aber das Gefühl der inneren Unfreiheit, dem wir bei unseren Schilderungen immer wieder begegnen werden.

Eine erhebliche Rolle spielen bei unseren Kranken die *geschlechtlichen Empfindungen*. Der Kranke hat das Gefühl des Zusammenziehens in Hoden und Glied, spürt bei Begegnungen „ein schwüles Gefühl", merkt in den Fingern Zeichen, welche die Mädchen geben. Es wird Liebesreiz angewendet, das Glied durch den elektrischen Strom steif gemacht, eine goldene Nadel hineingesteckt. Nachts wird Sauerei getrieben, die Natur elektrisch abgezogen; es kommen Saukerle; eine Kranke fühlte, wie sie nachts von einem Kapuziner geküßt wurde. Eine andere Kranke schilderte ihre nächtlichen Erlebnisse folgendermaßen:

„Es ist mir vorgekommen in der Nacht, als würde ich göttlich-geistlich begattet, vielmehr die Unschuld genommen. Die Schmerzen waren schon ziemlich groß, aber ich habe nicht geschrien, doch habe ich einige Minuten lang hart schnaufen müssen. Es ist mir dann auch noch vorgekommen, als würde ich mehrmals begattet, wo ich mich mit besseren Kleidern aufs Bett legen mußte; es ist aber niemals ein Mensch bei mir gewesen."

Die *Orientierung* der Kranken ist meist ungestört. Sie wissen in der Regel, wo sie sich befinden, erkennen die Personen, sind klar

über die Zeitrechnung. Nur im Stupor und in heftigen Angstzuständen kann die richtige Auffassung der Umgebung zeitweise stärker getrübt sein, doch ist es vielfach gerade kennzeichnend für die Kranken, daß sie trotz stärkster Erregung auffallend klar bleiben. Andererseits wird jedoch die Orientierung nicht selten durch Wahnbildungen beeinträchtigt. Die Kranken bezeichnen Aufenthaltsort und Personen falsch, geben ein verkehrtes Datum an, sind in einem falschen Spital, in einer imitierten Irrenanstalt, in einem fürstlichen Hause; der Arzt ist Gott, der Pfleger Satan; die Angehörigen sind vertauscht, die Mitkranken Weibsbilder oder verkleidete Polizeibeamte. Allein es handelt sich hier offenbar nicht um Verfälschungen der Wahrnehmung, sondern um wahnhafte Deutungen an sich richtig aufgefaßter Eindrücke.

Das Bewußtsein der Kranken ist, wenn wir von den verblödeten Endzuständen absehen, in vielen Fällen dauernd völlig klar. Nur in den Erregungs- und Stuporzuständen kommt es zeitweise zu Trübungen, die indessen meist weniger hochgradig sind, als es auf den ersten Blick scheint. Vielfach klagen die Kranken über mehr vorübergehende Bewußtseinstrübungen, die wohl als leichteste Stuporzustände aufzufassen sind. Sie sprechen davon, daß sie „betäubt", „vergeistert", „magnetisch gehemmt" waren, plötzlich unfähig wurden, zu denken oder zu arbeiten. Es sind „künstliche Geisteszustände durch Hypnose", „Geistesvisitationen", „magnetische Schlafzustände", von den Ärzten gemacht. Ein Kranker meinte, er leide an „Somnambulismus"; eine Kranke erzählte von der „nächtlichen Narkose mit Röntgen", in der sie ausgefragt werde; es komme alles in die Zeitung, aus der es die Leute dann erführen.

Das Gedächtnis[1]) der Kranken ist verhältnismäßig wenig gestört. Sie vermögen, wenn sie wollen, über ihre Vergangenheit eingehende, richtige Angaben zu machen, wissen oft auf Tage genau, wie lange sie in der Anstalt sind. Ihre in der Schule erworbenen Kenntnisse haften bisweilen mit erstaunlicher Zähigkeit bis in die Zeit tiefster Verblödung hinein. Ich erinnere mich an einen ganz stumpfsinnigen Bauernburschen, der vor der Landkarte jede beliebige Stadt ohne Zögern aufzeigen konnte; ein anderer verblüffte durch seine geschichtlichen Kenntnisse; noch

[1]) Gregor und Hänsel, Monatsschr. f. Psychiatrie, XXIII, 1.

andere lösen mit Leichtigkeit schwierige Rechenaufgaben. Weygandt konnte bei einem geisteskranken, ganz zerfahrenen Pfründner des Juliusspitals noch 47 Jahre nach Beginn des Leidens leidliche lateinische Kenntnisse, Beherrschung des Einmaleins und auch noch allerlei geschichtliche Erinnerungen feststellen, obgleich diese Vorstellungen seit Jahrzehnten sicherlich nicht mehr angeregt worden waren.

Auch die Merkfähigkeit ist oft recht gut erhalten. Gregor fand jedoch bei seinen Versuchen sehr ungleichmäßige Werte für die aufeinanderfolgenden Reproduktionen infolge von starken Aufmerksamkeitsschwankungen. Fehler und sinnlose Verbindungen wurden nicht verbessert, zeigten vielmehr die Neigung, sich einzunisten; Häufung der Wiederholungen brachte verhältnismäßig geringen Nutzen. Auch Vieregge berichtet über große Schwankungen der Aufmerksamkeit. Dennoch gelingt es meist leicht, selbst ganz teilnahmlosen Kranken Zahlen oder Namen einzuprägen, die sie dann nach Tagen und Wochen richtig wieder vorbringen. Freilich erhält man dabei öfters zunächst unzutreffende Antworten, bis dann bei eindringlicherem Befragen klar wird, daß die Kranken sich die Aufgabe ganz gut gemerkt hatten. Nach schwerem Stupor stellt sich bisweilen heraus, daß die Kranken von den Vorgängen während längerer Zeiträume gar keine oder doch nur sehr unklare Erinnerung besitzen, sei es, daß sie infolge der Bewußtseinstrübung nicht aufzufassen vermochten, sei es, daß die Eindrücke nicht hafteten.

Hier und da begegnen uns auch Konfabulationen, die auf Erinnerungsfälschungen hindeuten. Sehr zweifelhaft muß es zwar erscheinen, ob man von solchen sprechen darf, wenn die Kranken erzählen, daß sie in der Hölle, im Himmel, in Amerika gewesen seien, den Mond, alle Erdteile bereist hätten, daß man ihnen mit 6 Jahren das Mark aus den Unterschenkeln herausgebrannt, die Füße abgehackt habe; ein Kranker gab an, man habe ihn schon geköpft; der Kopf sei aber nicht abgefallen. In anderen Fällen liegt jedoch die Annahme von Erinnerungsfälschungen näher. Der Kranke erinnert sich, als kleines Kind in einem schönen Schlosse gewesen zu sein, auf den Knien eines vornehmen Herrn gesessen zu haben, bei Nacht und Nebel entführt worden zu sein. Kaiser Wilhelm hat ihm als Knaben bei einer Durchreise eine Denkmünze geschenkt,

die auf unbegreifliche Weise abhanden gekommen ist. Andere geben an, schon vorher gewußt zu haben, wohin man sie bringen, und was passieren werde, daß sie in der Irrenanstalt diese und jene Personen antreffen würden, daß es brennen werde und sie eine Braut bekämen. Ein Kranker behauptete, den Tod eines Bekannten habe ihm der Geist schon vorher prophezeit; ein anderer erklärte, Gott gebe ihm ein, daß er weissagen könne, was komme. Oder die Kranken meinen, schon einmal in dem Saale gewesen zu sein, die Bilder bereits früher gesehen zu haben; sie haben den Arzt schon vor 2 Jahren einmal konsultiert; ein Kranker gab an, die Bäume im Garten der Klinik selbst gepflanzt zu haben. Meist geht die Neigung zu derartigen wahnhaften Fehlerinnerungen schnell vorüber.

Der Gedankengang der Kranken pflegt früher oder später stets empfindlich zu leiden. Zunächst stellt sich regelmäßig ein Verlust der geistigen Regsamkeit und damit eine gewisse Gedankenleere ein. Der Kranke „hat wenig Leben in sich"; die Nerven spannen sich so, daß er nicht mehr denken und reden kann. Das Denken fällt ihm schwer; er „simpelt den ganzen Tag herum", beschäftigt sich „mit Kalenderabreißen und Aufräumen". Die Gedanken sind ihm aus dem Kopfe genommen; er hat die Lebensfrische verloren; es liegt wie eine Pelzkappe über dem Hirn; er „wird saudumm"; der Kopf ist leer und hohl. Ein Kranker klagte darüber, daß er „keinen Ernst mehr habe".

Bei Assoziationsversuchen beobachtete Bouman häufig Wiederholungen des Reizwortes, sinnlose Assoziationen, Auslassungen; die Abneigung, auf den Versuch einzugehen, schien dabei eine wesentliche Rolle zu spielen. Bleuler führt als weitere Eigentümlichkeiten der „schizophrenen" Assoziationen unter anderem noch an: große Unregelmäßigkeit der Assoziationszeiten, Anknüpfung an frühere Reizworte oder Antworten, vielfache Wiederholung der gleichen Assoziationen, Neigung zu mittelbaren Assoziationen, Wechsel der Antworten bei Wiederholung des Versuches. Marcus fand bei seinen Kranken besonders lebhafte Gesichtsvorstellungen. Ferner hat namentlich Pfersdorff nachgewiesen, daß bei der Verknüpfung der Vorstellungen oft deren sprachliche Bestandteile ein gewisses Übergewicht gewinnen; die Kranken zeigen die Neigung, zu reimen, Anklänge vorzubringen, mit Worten zu spielen, sie zu verdrehen, ein Verhalten, auf das wir später noch zurückzukommen haben werden.

Vor allem aber geht den Kranken, wie besonders Bleuler eingehend dargelegt hat, in ganz auffallender Weise die Fähigkeit zu folgerichtiger Regelung des Gedankenganges verloren. Auf der einen Seite unterbleiben die selbstverständlichsten und geläufigsten Ableitungen aus den gegebenen Vorstellungen. Es scheint, als wenn diese nur teilweise beleuchtet und daher außerstande wären, ganz naheliegende Überlegungen ins Bewußtsein zu rufen. Andererseits wieder bilden sich die unnatürlichsten Verknüpfungen zwischen fremdartigen Vorstellungen, weil ihre Unvereinbarkeit wegen irgendeiner rein äußerlichen Beziehung (Gleichklang, Gleichzeitigkeit) gar nicht aufgefaßt wird. Die augenfälligsten Wahrheiten werden nicht erkannt, die größten Widersprüche gedankenlos hingenommen. „Herr Doktor, heißen Sie Julie?“ fragte eine Kranke, und eine andere nannte den Arzt „Frau Oberst“. Durch diese, in vieler Beziehung an das Denken im Traume erinnernden Störungen erhalten die Gedankenverbindungen der Kranken oft jene eigenartig verblüffende Unverständlichkeit, die sie gegenüber anderen Formen der Verwirrtheit auszeichnet. Sie bildet die wesentliche Grundlage der Zerfahrenheit des Denkens.

In leichteren Fällen zeigt sich diese nur in erhöhter Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit, in unvermitteltem Übergehen von einem Gegenstande zum anderen, dem Einflechten überflüssiger Redensarten und Nebengedanken. So fand Pfersdorff bei fortgesetztem Lesen Neigung zu sinnlosen Verlesungen, zum Perseverieren gewisser Worte, zu Umwandlungen und Entgleisungen, auch wenn einzelne Worte oder kurze Sätze richtig wiedergegeben wurden; er schließt mit Recht auf ein Versagen der Aufmerksamkeit. Eine ganz besonnene Kranke, welche die Fabel vom „habgierigen Hunde“ abschreiben sollte, vollzog diese Aufgabe richtig bis zu dem Satze: „Wie er aber danach schnappte, fiel ihm sein eigenes Fleisch aus dem Maule und ging im Wasser unter“, fuhr jedoch dann fort:

„Und da sich nun ihr jetziger Zustand, nun ganz auf die Zukunftserfindung des Herrn Dr. J. M. bezieht, der sich dessen gewahr machen wollte, was damit verbunden ist und dessen Zustand sie wieder gewahr werden wollte, was er eben auf eigenes Verlangen erwünschte. Nun hatte er gar nichts als das Ihrige, was das Seinige zu verlieren scheint, er es aber selber zu verlieren suchte, das ihm das sich selbst zu erwerben suchende Glück“ usw.

Der Gedankengang entgleist hier von der gestellten Aufgabe auf andere, auch sonst die Kranke beschäftigende, unklare Ideen-

kreise, um ganz unvermittelt wieder Bestandteile der Fabel („nun hatte er gar nichts“, „wer andern das Ihrige nehmen will, verliert das Seinige“) einzumischen. Noch auffälliger ist die Entgleisung bei der Erwiderung eines Kranken, der nach der Jahreszahl gefragt wurde:

„Ach, ich weiß nix, was soll ich sagen? Feuer, Feuer! O du altes Rindvieh, Teufel, miserabler, Hund verreckter, verreckter! Im Walde ist es kalt; Hurra! Millionendonnerwetter, Rindviehkatze, verreckte!“

Unter Umständen kann die Zerfahrenheit zu völliger Zusammenhangslosigkeit und Verworrenheit fortschreiten. Ein Beispiel dafür gibt die folgende Antwort einer Kranken auf die Frage: Sind Sie krank?

„Schauen Sie, sobald wenn schon der Schädel verkracht ist und man mühsam noch Blumen hat (lacht), so wird es nicht auf Bestand herauslaufen. Ich habe so eine Silberkugel, die hat mich am Bein gehalten, daß man nicht hereinspringen kann, wo man will, und das hat einen schönen Ablauf wie die Sterne. Ehemalige Bedienung, dann tut sie es auf den Kopf und wird bald anständig sein, sage ich, ach lieber Gott, man muß doch Augen haben. Setzt sich hin und ißt es. Ganz aufgeregt, ich war ganz außer mir und sage, daß es darum Niedrigkeiten gehört und ist ein fideles Gewächs übrig. Es waren die Sterne. Ich, und das ist auch so kurios, also die Nonne hat mich nicht weiter gekannt, ich solle von M. gekommen, weil immer was passiert, Fuß gebrochen oder was, haben sie es miteinander gehabt, der Pfarrer und sie; es ist gerade ein Fuß gebrochen. Ich glaube, es ist daher gekommen, daß so ein Unglück passiert, so ein Schadenersatz. Ich habe also gesagt, ich komme dann schließlich zuletzt, bei der Sonne und dem Mond, und zu viel Aufregungen, und das alles macht manch Mühen noch. Könige bringen das Geld nicht zusammen, so sind mir die Briefe weggekommen, wie ich das endlich von den das besonders glaube, und alle sind verbrennt. Können sich denken, das kommt immer von einem zum andern.“

An einzelnen Stellen ist hier vielleicht noch eine gewisse Verbindung zwischen den Vorstellungen erkennbar: „krank — Schädel verkracht“, „am Bein halten — nicht hineinspringen“, „etwas passiert — Fuß gebrochen“, „Unglück — Schadenersatz“, „Aufregungen — Mühe“, „Briefe weggekommen — verbrennt“, „aufgeregt — ganz außer mir“. Auch „Silberkugel“ und „Sterne“, später „Sonne und Mond“, „Nonne“ und „Pfarrer“, die „es miteinander gehabt haben“, weisen noch auf Gedankenverknüpfungen hin. Im übrigen jedoch haben wir eine völlig unverständliche und ziellose Aneinanderreihung von Worten und Gedankenbruchstücken vor uns. Freilich muß beachtet werden, daß dabei der eigentliche Ge-

dankengang möglicherweise viel weniger gestört ist, als der sprachliche Ausdruck, weil die Kranken, wie es auch hier tatsächlich zutraf, unter Umständen nicht nur gut auffassen, sondern auch das Aufgefaßte weiter verarbeiten und sich annähernd geordnet benehmen können.

Fast immer begegnen uns im Gedankengange der Kranken die Anzeichen der Stereotypie, des Haftens einzelner Vorstellungen. In längeren Reden pflegen von Zeit zu Zeit dieselben Vorstellungen und Wendungen wieder aufzutauchen. Zeitweise kann das Haften den Gedankengang derart beherrschen, daß sich die Kranken wochen- und monatelang immer in den gleichen, einförmigen Vorstellungskreisen bewegen und sich auf keine Weise davon abbringen lassen.

Weitere eigentümliche Störungen des Gedankenganges, die hier und da zur Beobachtung kommen, sind das Ausweichen und der von Bleuler näher gekennzeichnete „intellektuelle Negativismus". Das Ausweichen, die Paralogie, besteht darin, daß die im Gedankenzusammenhange zunächst sich darbietende Vorstellung unterdrückt und durch eine andere, ihr verwandte, ersetzt wird. Es tritt am deutlichsten in den Antworten der Kranken auf Fragen hervor; es wäre aber möglich, daß sich die Klagen der Kranken, ihre Gedanken würden ihnen „abgezogen", „verdreht", auf ähnliche Vorgänge beziehen. Ein Beispiel gibt die folgende Nachschrift der Antworten eines Kranken auf die hinzugefügten Fragen des Arztes:

Wie heißt dieser Herr? (Dr. A.) „Kleiner Mann." Wie heißt er? „Florschütz" (Name eines Mitkranken). Wieviel Finger sind das? (3) „Vier." Wieviel jetzt? (4) „Fünf." Und jetzt? (2) „Einer." Wieviel Geld ist das? (3 Zehnpfennigstücke) „6 Nickel." Nein, Sie wissen es gut! „2 Zehner." Nein, wieviel? „4 Zehner." Jetzt nennen Sie die ausgelassene Zahl, also wieviel? „25 000." Was meinen Sie mit 25 000? „Daß mir gut ist."

Man erkennt hier deutlich, daß der Kranke den ihm an sich ohne Zweifel zu Gebote stehenden richtigen Antworten geflissentlich ausweicht, ein Verhalten, das zunächst ganz den Eindruck absichtlicher Verstellung macht. Eine Kranke erwiderte auf die Frage, wie alt sie sei: „Einen Tag." Offenbar ist diese Erscheinung nahe verwandt mit den negativistischen Störungen des Denkens. Sie äußern sich einmal in der Behinderung, eine Vorstellungsreihe nach Wunsch weiterzuführen; dem Kranken werden die Gedanken

„genommen". Sodann aber kommt es auch bisweilen vor, daß er das Entgegengesetzte von dem denken muß, was er eigentlich denken will. Es gibt „Streitigkeiten im Kopfe"; „die Ideen haben gestritten", sagte ein Kranker, während ein anderer, vielleicht im Hinblicke auf derartige Vorgänge, meinte: „In meinem Innern wird fortwährend geschwindelt." Deutlicher tritt diese Beziehung in den Äußerungen anderer Kranker hervor, daß „sie gezwungen seien, anders zu denken", daß „sie das Gegenteil von dem denken müssen, was andere Leute mit normalem Verstande tun".

Aus diesen und ähnlichen Erfahrungen entwickelt sich bei den Kranken häufig das schon oben besprochene Gefühl, daß ihr Denken unfrei sei, durch übermächtige Einflüsse der Herrschaft ihres Willens entzogen werde. Einerseits steigen in ihnen Gedanken auf, die sie als fremde, nicht ihnen selbst zugehörige empfinden; es findet „Gedankendrängen", „Gedankenschieben" statt, bisweilen in stürmischer Form. Ein Kranker mußte „in 4 Stunden 19 Jahre durch sein Gehirn durchschlagen"; ein anderer meinte, er müßte ein Buch schreiben, wenn er alles aufzeichnen wolle, was ihm in den Kopf komme. Andererseits aber können die Kranken nicht denken, was sie wollen; die Gedanken werden ihnen entzogen, entschlüpfen ihnen, obgleich sie sich bemühen, sie festzuhalten und auszudenken. Dadurch eben kann es zu einer plötzlichen „Sperrung" des Denkens, zum peinlichen Abbrechen einer Vorstellungsreihe kommen.

Sie werden nicht müde, diese ihre Unfreiheit in immer neuen Wendungen zu schildern. Dem Kranken werden die Gedanken beeinflußt, eingeflößt, aufgezwungen; er muß sie aufnehmen wie ein Telephon; man oktroyiert ihm etwas auf durch Hypnose und Suggestion, „suggestiert ihn". Alles, was er denkt und spricht, geschieht zwangsmäßig; ein Kranker mußte immer gegen die Idee ankämpfen, er sei Christus. Beim Lesen kommen Gedanken, Erklärungen dazwischen; die Gedanken werden angehalten, verstrichen; der Kranke muß sich bemühen, sie herauszupressen; er muß denken, was die Leute sprechen. Ihm ist, als ob das Gehirn stillstände, als ob er zwei Gehirne hätte; er ist nicht mehr er selbst, hat eine Art Doppelbewußtsein; die Stimmen ziehen an einem Faden, so daß er so dumme Sachen denken muß. Man kann den Leuten die Gedanken aus dem Hirn herausnehmen; der Kranke ist verdreht im Kopf, kann keine klaren Gedanken fassen, keine

Ordnung in den Wirrwarr der Gedanken bringen; es ist eine „Verwicklung im Geist“; eine Kranke wollte sich erdrosseln, weil sie ihre Gedanken nicht mehr habe. Die Gedanken werden durch andere aus der Ferne, aus Berlin gemacht, abgelesen und weggenommen, übertragen; „es hat mir so eingeblast“, sagte ein Kranker. Sie entschlüpfen dem Kranken; er kann sie nicht einholen, ist nicht mehr selbständig. Ein Kranker „mußte über Politik sprechen“, ein anderer immer „geschäftliche Abmachung“ denken; ein dritter „mußte die Leute verachten“. Vielfach kleiden sich, wie früher ausgeführt, die Mächte, die solche Gedankenbeeinflussungen bewirken, in die Form von Stimmen, die Gedanken entziehen, ablenken und eingeben.

Die geistige Leistungsfähigkeit der Kranken ist regelmäßig erheblich herabgesetzt. Sie sind zerstreut, unaufmerksam, müde, matt, arbeitsunlustig, nicht bei der Sache, verlieren den Zusammenhang, haben „kurzen Sinn“, keine Ausdauer. Zwar sind sie vielfach noch imstande, rein gedächtnismäßige, eingeübte Arbeiten, Rechnungen, Wiedergeben von früher erlernten Kenntnissen, rasch und richtig zu erledigen, versagen aber vollkommen, sobald es sich um selbständige geistige Tätigkeit und Überwindung von Schwierigkeiten handelt. Das früher erwähnte photographische Lesen und Abschreiben ist dafür ein treffendes Beispiel. Die Kranken lassen daher in ihren Leistungen rasch nach, bekommen schlechte Zeugnisse, bestehen keine Prüfungen, werden als unbrauchbar überall fortgeschickt und geraten so sehr leicht in die Bahn der Bettler und Landstreicher. Sie sitzen untätig herum, um höchstens einmal einen alten Kalender zu durchblättern oder in die Anzeigen einer Zeitung zu starren. Andere entwickeln großen Fleiß, „studieren ganze Nächte durch“, bringen aber gar nichts zustande, wenden sich nichtigen oder zwecklosen Beschäftigungen zu, beginnen hochtrabende, unverständliche Reimereien zu verfassen, ein Fremdwörterbuch abzuschreiben, schließen sich ein, um Gedichte auswendig zu lernen.

Einen weiteren Einblick in die Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit gewähren Rechenversuche, die an einer Anzahl von Kranken nach dem früher bei Trinkern (vgl. Fig. 17, S. 91) benutzten Verfahren angestellt wurden; die Figur 152 gibt ein Bild der Ergebnisse. Auch hier sind die Leistungen der ersten 5 Minuten sowie der zweiten 5 Minuten an den pausenlosen Tagen in ausgezogener,

die Werte der zweiten 5 Minuten an den Pausentagen in gestrichelter Linie dargestellt, während die Durchschnittsleistung der ersten Minute gleich 100 gesetzt wurde. Wir erkennen zunächst, daß die Werte im ersten Versuchsabschnitte sehr viel rascher sinken, als in den unmittelbar vergleichbaren Normalversuchen, ein Verhalten, das entweder durch besonders große Ermüdbarkeit oder durch sehr rasches Nachlassen der anfänglichen Willensspannung bedingt sein kann. Schon die auffallenden Schwankungen der Durchschnittsminutenwerte, namentlich im zweiten Teile der Kurve, sodann die auch hier noch in einzelnen Minuten (6., 10.) erreichten hohen Leistungen sprechen einigermaßen gegen die Annahme ungewöhnlich starker Ermüdungswirkungen. Noch entschiedener wird sie widerlegt durch die Geringfügigkeit der allgemeinen Pausenwirkung, von der wir wissen, daß sie innerhalb gewisser Grenzen als Maß der Ermüdung betrachtet werden darf. Die Leistung schnellt an den Pausentagen zwar in der 6. Minute ziemlich stark in die Höhe, sinkt aber sofort wieder und hält sich weiterhin ganz im Rahmen der auch an den pausenlosen Tagen erreichten Werte. Der Vergleich mit den Kurven der Gesunden und noch mehr mit denen der sehr ermüdbaren Trinker zeigt den Unterschied in der Pausenwirkung mit voller Deutlichkeit. Wohl weist das gleichmäßige, schnelle Herabsinken der Werte im ersten Beginn der Arbeit wie unmittelbar nach der Pause auch hier auf ein sehr rasches Nachlassen der Willensspannung hin, wie bei den Trinkern, aber es verknüpft sich nicht mit gesteigerter Ermüdbarkeit, sondern mit unvermittelten und sehr erheblichen Schwankungen der Leistung,

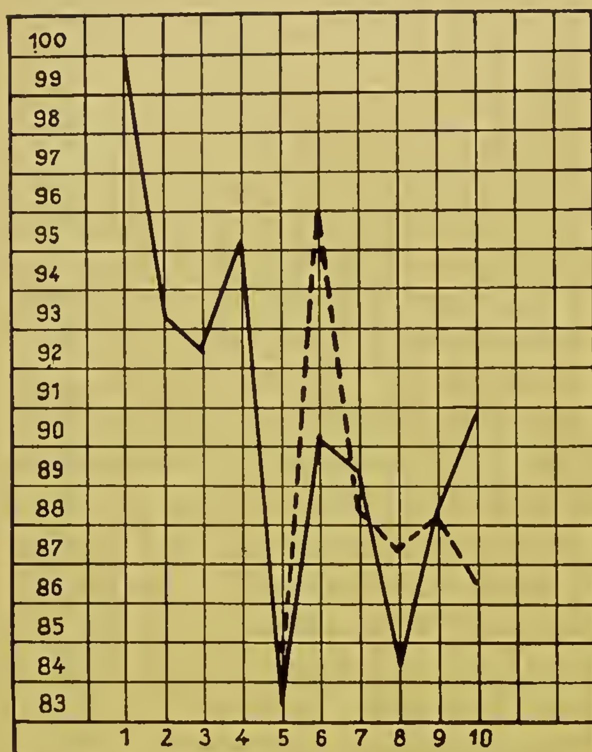


Fig. 152. Rechenleistungen bei Dementia praecox.

die offenbar vollkommen den von Busch und Gregor gefundenen, auch im klinischen Bilde meist deutlich hervortretenden Schwankungen der Aufmerksamkeit entsprechen.

Schwer geschädigt wird ferner ausnahmslos die Urteilsfähigkeit der Kranken. Was den Beobachter immer wieder zu verblüffen pflegt, ist die ruhige Selbstverständlichkeit, mit der von ihnen die unsinnigsten Vorstellungen geäußert, die unbegreiflichsten Handlungen ausgeführt werden können. Es ist richtig, daß sie sich in gewohnten Bahnen oft noch mit ziemlicher Sicherheit bewegen, aber bei der geistigen Verarbeitung neuer Erfahrungen, der Beurteilung fremder Verhältnisse und namentlich ihrer eigenen Lage, dem Ziehen von naheliegenden Schlüssen, der Erhebung und Prüfung von Einwänden begehen sie nicht selten die ungeheuerlichsten Fehler. Man hat dabei den Eindruck, daß die Kranken nicht imstande sind, diejenige geistige Zusammenfassung der Vorstellungen zu vollziehen, die für ihre Abmessung und Vergleichung, ihre Unterordnung untereinander, die Aufdeckung von Widersprüchen erforderlich ist. In dieser Beziehung ähneln sie Träumenden, bei denen ebenfalls die Fähigkeit aufgehoben ist, die auftauchenden Vorstellungen nach den in früheren Erfahrungen und Allgemeinvorstellungen gewonnenen Maßstäben zu sichten, zu ordnen und zu berichtigen. Es liegt nahe, bei diesen Störungen, deren große grundsätzliche Bedeutung auch von Bleuler nachdrücklichst betont wird, an eine Beeinträchtigung innerer Willenshandlungen zu denken.

Für die schwere Veränderung, die sich mit ihnen vollzogen hat, besitzen die Kranken öfters ein deutliches Gefühl. Sie klagen darüber, daß sie „dunkel im Kopfe“, nicht frei, manchmal durcheinander, nicht mehr klar seien, „Wolkengedanken“ hätten. Sie können keinen Gedanken fassen, nichts mehr begreifen; der Sinn ist voneinander; die Gedanken sind fortgeflossen; das Hirn reicht nicht mehr aus, ist verschwächt; „die Gedanken gingen weg und werden nie wiederkehren“, sagte ein Kranker. „Der Verstand ist genommen durch geistige Sprach- und Willensbeeinflussung“, „die ganze Geisteskraft ist geschwunden; ich bin geistig unter das Tier gesunken“, „komme ganz von Verstand“, „bin ein bißchen mit der Einbildung gestraft“, „bin sehr dumm geworden in letzter Zeit“, „ich hab's im Kopf“, „mein Geist geht manchmal fort“, „der Dummkopf ist verwirrt“ sind ähnliche Aussprüche. Andere bezeichnen

sich als „Halbnarren", „leicht schwachsinnig", „idiotisch", fürchten, den Verstand zu verlieren, wahnsinnig zu werden, an Gehirnerweichung zu erkranken. „In mir gehen Sachen herum, Gedanken, die in ein Sanatorium gehören", meinte ein Kranker; ein anderer sagte, er habe Auffassungskraft und Energie verloren, sei völlig verändert. Eine Kranke gab an, sie sei gesund, aber dumm, und möchte geheilt werden, während eine andere bat, sie von den Geistern zu befreien; sie wolle nicht blödsinnig, nicht anderer Leute Spielzeug, sondern wie andere Menschen sein; sie könne es nicht mehr aushalten, sei ganz unheilbar. Manche Kranke fangen an, medizinische Bücher zu lesen, führen ihr Leiden auf Onanie zurück, beginnen allerlei Kuren. Ein Kranker vertiefte sich in die Schriften: „Wie werde ich energisch?" und „Anleitung zu imponierendem Auftreten", trieb eifrig Heilgymnastik und sah jeden Tag planmäßig so lange wie möglich in die Sonne, um dadurch seine Gesundheit zu verbessern. Gegenüber solchen, bisweilen mit erschütternder Deutlichkeit die Sachlage kennzeichnenden Kundgebungen pflegt allerdings in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Krankheitsverständnis, auch wo es im Beginne mehr oder weniger klar vorhanden war, mit dem Fortschreiten des Leidens ziemlich rasch zurückzutreten.

Ungemein häufig entwickeln sich auf dem Boden der krankhaften Veränderung, wie sie durch die Dementia praecox geschaffen wird, vorübergehend oder dauernd Wahnvorstellungen. In der ersten Zeit der Krankheit pflegen sie vorzugsweise traurigen Inhalts zu sein, hypochondrische, Versündigungs-, Verfolgungsideen. Das Krankheitsgefühl nimmt wahnhafte Formen an: das Hirn ist verbrannt, geschrumpft, wie ganz versulzt, voll Wasser; der Verstand ist „wie Lappen vom Hirn gezogen"; der Kranke „hat nur noch ein Hirnknöchele"; die Nerven sind umgekrempelt. Die Zunge ist von Eisen, die Lunge vertrocknet, Blut im Rückenmark, Wachs im Leibe, das Herz verdorrt, das Fleisch los von den Knochen; die Blutadern zittern, drohen herunterzufallen; das Rückenmark fließt durch die Geschlechtsteile aus. Der Kranke ist kein Mensch mehr, hat sein Leben nimmer, trägt einen Totenschädel im Kopf, bekommt einen Spitzbubenschädel, Clownfalten. Nicht selten werden diese körperlichen Veränderungen auf fremde Eingriffe zurückgeführt. Der Kranke ist „innerlich zerschnitten", „viviseziert";

ihm wurde die Seele herausgerissen, das Gehirn ausgeblasen, das Herz durch Gift abgerissen; die Ärzte haben bei einer Operation sein Hirn ausgeraubt und in sein Inneres hineingesehen; sie verändern seine Gestalt, seine Beine, Geschlechtsteile und Augen, reißen ihm den Darm heraus; „mit meinen Händen wird jeden Tag etwas anderes gemacht", sagte eine Kranke.

Dazu gesellen sich vielfach Versündigungsideen. Der Kranke hat sich durch sündhaftes Leben die Gesundheit des Leibes und Geistes verdorben, ist ein schlechter Kerl, der größte Sünder, hat unwürdig gebeichtet, eine Majestätsbeleidigung begangen, Gott verleugnet, den heiligen Geist verspottet, seine Gaben vernachlässigt. Der Teufel sitzt in ihm, wird ihn holen; Gott hat ihn verlassen; er ist verdammt, aus der Kirche ausgestoßen, kommt in die Hölle; einem Kranken war zumute, „als ob der Teufel nach ihm langen wollte". Man bringt ihn in Beziehung zu einer Mordsache, hält ihn für einen Spion; er steht unter polizeilicher Kontrolle, wird von Detektiven überwacht, muß vor Gericht, den Sündenbock für die andern machen, soll in den Tod getrieben werden. Manche Kranke mißhandeln und beschimpfen sich selbst im Zusammenhange mit derartigen Ideen. Eine Kranke erging sich in folgenden Äußerungen:

„O du Drecksau, legst dich wieder in ein Würdenbett — du bist wieder Schuld dran — da ist schon wieder eine neue Wärterin, lauter Fürstinnen, die du durcheinander bringst. Wenn du nur einmal den Mut hättest, dich zu versäufen! Freche Sau! Gewitterdonnerwetter soll neinfahren! Hätt' ich mich gestern besser gewehrt — Das Gewitter soll doch neinfahren und dich verdammen, Sau — alles kriegt ja die Kränk! Ich sollt' schon längst versoffen sein!"

Im Anschlusse daran entwickeln sich regelmäßig Verfolgungsideen, bei deren Gestaltung die Gehörstäuschungen meist eine wesentliche Rolle spielen. Der Kranke merkt, daß er eigentümlich angesehen, ausgelacht, verspottet wird, daß man über ihn stichelt, vor ihm ausspuckt; der Pfarrer spielt in der Predigt auf ihn an. Man beschimpft und bedroht ihn, beeinflußt seine Gedanken; er ist von „Heimtückerevolution" umgeben. Ihm wird nachspioniert; die Juden, Anarchisten, Spiritisten verfolgen ihn, vergiften die Atmosphäre mit Giftpulver, das Bier mit Blausäurekali, erzeugen Hexendampf und Stickluft, lassen ihn keinen Schnaufer tun, suchen ihn mit Moschuswasser wegzuputzen. Er muß sterben, wird erschossen,

geköpft, staatlich vergiftet, mit Petroleum übergossen und angezündet, kommt in die eiserne Jungfrau, in eine Grube mit Kröten und Glasscherben. Das Haus wird in die Luft gesprengt, die Frau eingesperrt, der Bruder „verfleischt", die Familie erschossen; der Kranke muß das Blut seiner Verwandten trinken. Die eigentümlichen Beeinflussungsempfindungen führen zu der Vorstellung, daß Hexerei und Sympathie getrieben wird. Der Kranke fühlt sich durch Magnet hypnotisiert, verzaubert, „besessen vom Gott Pluto", von Geistern umgeben. „Im Gehirn wohnt ein Geisternest"; man hat ihn als Telephonstange genommen; das Telephon geht durch ihn durch.

Wie schon die angeführten Beispiele erkennen lassen, entwickelt sich sehr häufig der Wahn der Beeinflussung durch äußere Einwirkungen; „in einem natürlichen Körper geht so etwas nicht vor". Ein Kranker entwarf das in Figur 153 wiedergegebene Bild, aus dem wenigstens soviel hervorgeht, daß nach seiner Meinung die Verfolger die verschiedensten Stellen seines Körpers zu Angriffspunkten ihrer feindseligen Behelligungen machten. Manche Kranke werden durch das Gefühl der erzwungenen, ohnmächtigen Abhängigkeit von fremden Einflüssen in ein unentwirrbares Netz der quälendsten Vorstellungen verstrickt. Einen Einblick in derartige Gedankengänge gewährt folgendes Bruchstück eines Briefes:

„Ich bin in entsetzlicher Angst; es ist die größte Gefahr, daß mein Leben mit Schrecken ein Ende nimmt, weil die ganze Anstalt wie ein Uhrwerk eingerichtet ist, das aber nicht von Vernunft, sondern von verrückten Köpfen in den Zellen, die wie Zahnräder reguliert werden, geleitet ist, und nicht allein die Zellen sind so eingerichtet, daß man sich in Haranguationen wie auf einem telegraphischen Nervenspinngewebe hin- und herbewegen muß, auch auf den Gängen ist jeder Quadratmeter eine Einteilung, die irgendwoher einen Henkelmann zutage fördert, sei es zur Ansicht oder einen Gewalttätigen. Dabei werden Dünste, Glutwellen in den Abteilungen entwickelt, die einen schauderhaften Grad von Befangenheit einerseits, brutale, faszinierende Gewalt und Schnelligkeit andererseits erzeugen; dazu besteht ein fortwährender Klang von Medienklängen, Vermittlungsstimmen, die in grausamer Weise das Gemüt mit Widersprüchen perhorreszieren. Es ist ganz unbeschreiblich, mit welcher bösen Raffiniertheit diese Wechselgespräche geführt werden, die unter Zuhilfenahme von Influenzen in zersetzender Weise meuchlerisch von Körper zu Körper übertragen werden und Zeugnis davon geben, daß sogenannte verrückte Stationäre in Verbindung mit allerhand Treibern und Haranguierern im Leben die grausamsten Verbrecher sind, die es gibt, die nur noch übertroffen werden von einer anderen Klasse, die unter Umständen einen erfaßt,

ihn mit giftigen Fingern in unbedenklicher Weise wie eine gefüllte leblose Masse in einen andern Zustand quetscht . . ."

In einer großen Zahl von Fällen treten zu den Verfolgungsideen auch Größenideen, bisweilen von Anfang an, häufiger erst im weiteren Verlaufe, wo sie öfters ganz in den Vordergrund des Krankheits-



Fig. 153. Darstellung körperlicher Beeinflussungen.

bildes rücken. Hier und da beobachtet man auch wohl nur Größenideen. Der Kranke ist „etwas Besseres", zu Höherem geboren, die „Zierde Israels", Erfinder, ein großer Sänger, kann, was er will. Er ist adlig, von königlichem Geblüt, Dragoneroffizier, Thronfolger von Bulgarien, Wilhelm Rex, der Sohn des Kaisers, der Größte in Deutschland, mehr als König und Kaiser. Oder er ist Auserwählter, Prophet, vom heiligen Geiste beeinflußt, Schutz-

engel, zweiter Messias, Welterlöser, der kleine Gott, der Gnade und Liebe spendet, mehr als der Heilige Geist, der Allmächtige. Er hat den Lebenskrieg geführt, den Tod überwunden, die Erdachse gedreht, kann Wetter machen, auf den Wellen gehen; er wohnt in Berlin, bekommt Uniform, muß zum Kaiser, kann Minister und Papst werden, wird eine gute Partie, eine große Erbschaft machen, bekommt Milliarden von Gott; auf dem Kriegsministerium ist Gold für ihn hinterlegt. Weibliche Kranke sind Reichsgräfin, Prinzessin, Königin, Besitzerin der ganzen Welt, haben die Würde der Mutter Gottes, bekommen goldgestickte Kleider, Kinder vom Großherzog und vom Kaiser, werden den Stabsarzt oder einen Prinzen heiraten; der Onkel hat Millionen vermacht.

Einen auffallend großen Raum scheinen mir im Krankheitsbilde der Dementia praecox die geschlechtlichen Wahnbildungen einzunehmen, die sich vielfach mit den oben geschilderten geschlechtlichen Empfindungen verknüpfen. Schon die Versündigungsideen beschäftigen sich nicht selten mit diesem Gebiete. Der Kranke hat sich mit seiner Stieftochter, mit der Schwester versündigt, sich mit Kühen abgegeben, so daß Zwittergeschöpfe entstanden sind; er hat ein Sittlichkeitsverbrechen begangen, sich durch geschlechtliche Ausschweifungen ruiniert, ist homosexuell, Sadist. Durch Onanie ist er impotent geworden; die „Neurose“ kommt vom Onanieren; man sieht ihm die Onanie am Gesichte an; ein Kranker führte Buch über seine Pollutionen. Ein anderer mußte immer „Sauereien denken“ (Geschlechtsverkehr mit der Mutter); ein dritter „konnte den Gedanken nicht loswerden, daß seine Frau mit Tieren Unzucht treibe, um ihn für Onanie zu strafen“; einer Kranken kamen immer unanständige Gedanken gegen ihren Willen. Weibliche Kranke merken, daß man sie verführen will; Schutzleute und Soldaten wollen sie alle haben. Einem Kranken schien ein Hund mit einem Maulkorbe auf seine geschlechtliche Enthaltsamkeit anzuspielen; als ihm die Hauswirtin ein Ei zum Frühstück brachte, betrachtete er das als Aufforderung zum Geschlechtsverkehr und schickte sich an, darauf einzugehen; ein anderer Kranker fühlte den Drang, mit seiner Schwester geschlechtlich zu verkehren.

Vor allem aber fühlen sich die Kranken in der mannigfachsten Weise geschlechtlich beeinflußt. Eine Nachbarsfrau hantiert nachts an den Geschlechtsteilen des Kranken herum; Klosterfrauen

ziehen ihm beständig Pollutionen heraus und treiben vor ihm Unkeuschheit. Man gibt ihm „Liebesgeschichten“ im Kaffee, mischt zerriebene Fleischfliegen ins Essen, so daß das Glied blau wird, macht ihm geschlechtliche Träume; man stellt ihm Anträge aus der Ferne; Frauen mit Schmetterlingsflügeln kommen, um ihm beizuwohnen; die Hausfrau „will ihm die Natur aufzwingen“. Er wird geschwächt am Geschlechtsteil, verliert die Geschlechtskraft; man steckt von außen etwas hinein, verleitet ihn zur Onanie, kastriert ihn wegen Selbstbefleckung; die Studenten wollen ihn „englisieren“. Frauen fühlen, daß sie ihre Unschuld verloren haben, befleckt wurden; der Vater, der Pfarrer habe sie gemißbraucht; der Dienstherr, der Kaiser kommt nachts zu ihnen. Man schickt ihnen Herren zum geschlechtlichen Verkehr; jede Nacht legt sich jemand auf sie. Sie wurden in der Narkose genotzüchtigt, „geistig gemißbraucht“, sind schwanger durch eine Tasse Kaffee, von einem Schatten, vom Teufel, von Lohengrin, haben Kinder im Leibe, müssen immer gebären; es wird gesprochen, als wenn sie in der Hoffnung wären und abtreiben täten; die Gebärmutter steigt in den Kopf. Die Anstalt ist ein Bordell, ein „Damenhaus“, in dem Schweinerei getrieben wird.

In Verbindung mit diesen Wahnvorstellungen entwickelt sich dann nicht selten eine gereizte Abneigung gegen das andere Geschlecht. Ein Kranker spuckte vor ihm begegnenden Mädchen aus; Frauen geraten in lebhafte Erregung, sobald sich der Arzt nähert, schimpfen in unflätigen Ausdrücken über die Unzuchtsgeschichten, die Hurerei, wollen mit Mannsleuten nichts zu tun haben; eine Kranke schnitt sich ihre Haare ab, um den Verfolgern zu mißfallen.

Die Vorgänge der Außenwelt werden mit den Wahnvorstellungen mittels „stiller Beobachtungen“, „vermutender Gedanken“ in mannigfache Beziehungen gebracht. Gleichgültige Bemerkungen und zufällige Blicke, Flüstern anderer Personen erscheint dem Kranken verdächtig; „da fühle ich mich darauf bezogen“, sagte ein Kranker. Ein Vorübergehender trägt seine große Nase, sein rotes Gesicht absichtlich zur Schau, um den Kranken zu verspotten. Zeitungsnachrichten enthalten Anspielungen; er findet in ihnen Gedanken wieder, die er gehabt hat; „mein Instinkt sagt mir das“, versicherte ein Kranker. Die Mitkranken sind zu seiner Beobachtung bestellt; ein Kranker, der andere über sich reden hörte, meinte:

„Ich denk mir halt, daß der Herr Dr. den Leuten den Auftrag gibt, damit ich närrisch werde; auch das Gewitter muß dazu beitragen.“ Auf der Straße begegnen ihm Mädchen, mit denen er früher verkehrt hat; die Trambahn gibt Klingelzeichen; die Wachposten präsentieren. Ein Kranker erkannte an den Fingernägeln seines Vorgesetzten, daß er sein Bruder sei. Die Menschen sind auffallend freundlich; es ist alles Komödie; im Militärpaß findet sich eine Veränderung. Ein Kranker hielt es für geraten, abzureisen, als eine Gasleitung im Hause ausgebessert werden sollte. Ein anderer entnahm aus der Kleidung der Ärzte deren Gedanken über ihn; einem dritten bedeutete ein Stern am Himmel sein Grab, einem vierten das Farnkraut in seinem Knopfloche den Krieg; einem fünften erschienen Zettel und Knöpfe, die er fand, als wichtige Papiere und Geldstücke. Eine Kranke war der Meinung, daß man Unglücksfälle mit ihren Menses in Zusammenhang bringe und sie deswegen zur Rechenschaft ziehen werde. Vielfach knüpfen die Wahnbildungen an Träume an, die entweder einfach als wirkliche Erlebnisse oder als bedeutungsvolle Vorzeichen betrachtet werden.

Die Wahnbildungen unserer Kranken zeigen, wie die mitgeteilten Beispiele dartun, oft ein abenteuerliches, bisweilen völlig unsinniges Gepräge. Sie werden auch in der Regel gar nicht oder in höchst oberflächlicher Weise geistig verarbeitet und zueinander kaum in innere Beziehung gebracht. Die Kranken suchen sich keine Rechenschaft über die Zuverlässigkeit ihrer Wahrnehmungen und Schlüsse zu geben, forschen nicht nach Erklärungen für ihre merkwürdigen Erlebnisse, die Verfolgungen, die Glücksfälle; sie machen sich keine Einwände und beachten sie auch nicht, wenn man sie darauf hinweist, halten vielmehr ohne weitere Prüfung an ihren Wahnvorstellungen fest. „Ich habe unzählig viele und gar keine Beweise“, meinte eine Kranke.

Immerhin begegnet uns hier und da, meist allerdings nur vorübergehend, auch eine gewisse Systematisierung der krankhaften Ideen, die durch allerlei kühne Annahmen oder spitzfindige Beweisführungen miteinander verknüpft werden. So verlangte ein gänzlich verschrobener Kranker als Entschädigung für seine vermeintlich ungerechte Gefangenhaltung in der Anstalt einfach die Zivilliste des Königs, indem er ausführte, daß die Verneinung des Rechtes auch nur gegenüber einem einzigen Untertanen die tat-

sächliche Abdankung des Königs als des Hortes der Gerechtigkeit bedeute; er, der Geschädigte, habe demnach zu fordern, was der König durch Zulassen des Unrechts freiwillig aufgebe.

Entsprechend ihrem im allgemeinen sehr lockeren inneren Zusammenhange, sind die Wahnbildungen zumeist keineswegs unveränderlich, sondern sie wechseln ihren Inhalt mehr oder weniger schnell durch Ausfallen früherer, Hinzutreten neuer Bestandteile. Zuzeiten bringen die Kranken trotz gewisser dauernd wiederkehrender Grundzüge fast jeden Tag neue wahnhafte Einzelheiten vor, lassen sich auch wohl durch Zureden zu weiterer Wahnbildung anregen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle hört jedoch die anfangs oft sehr üppige Wahnbildung allmählich auf. Höchstens werden noch einzelne Wahnvorstellungen einige Zeit hindurch festgehalten, ohne weiter verarbeitet zu werden, oder sie tauchen von Zeit zu Zeit wieder einmal hervor, oder endlich sie geraten dauernd und vollständig in Vergessenheit. Nur in jener Gruppe von Beobachtungen, die wir späterhin als paranoide Verblödung kennen lernen werden, pflegen die Wahnideen längere Zeit hindurch, vielleicht eine Reihe von Jahren, zusammenhängender zu sein und in der Hauptsache unverändert vorgebracht zu werden, aber auch hier werden sie allmählich zerfahrener und widerspruchsvoller.

Sehr auffallende und tiefgreifende Schädigungen spielen sich regelmäßig im Gemütsleben unserer Kranken ab. Wohl die wichtigste dieser Veränderungen ist ihre gemütliche Stumpfheit. Schon die früher erwähnten Störungen der Aufmerksamkeit dürften wesentlich mit dem Verlust des Interesses, der inneren Anteilnahme zusammenhängen, mit dem Versagen jener gemütlichen Triebfedern, die uns zur Anspannung unserer geistigen Kräfte, zur Erledigung von Aufgaben, zum Verfolgen von Gedankengängen veranlassen. Die eigentümliche Gleichgültigkeit der Kranken gegenüber ihren einstigen gemütlichen Beziehungen, das Erlöschen der Zuneigung zu Angehörigen und Freunden, der Befriedigung an Tätigkeit und Beruf, an Erholung und Vergnügungen ist nicht selten das erste und auffallendste Zeichen des hereinbrechenden Leidens. Die Kranken haben „keine rechte Lebensfreude“, „keine menschlichen Gefühle“ mehr; ihnen „ist alles Wurst, alles egal“; sie empfinden „kein Leid und keine Freude“, „reden alles ohne Herz“. Ein Kranker meinte, er sei so kindisch, so interesselos, wie er früher nie gewesen

sei, ein anderer, ihn freue nichts; er sei traurig und doch nicht traurig. Wieder ein anderer gab an, er habe „innern Seelenfrieden"; „ich bin so kalt, wie es nur sein kann", äußerte ein vierter. „Es ist mir alles furchtbar gleich, auch wenn ich ganz blödsinnig werde", sagte eine Kranke.

Hoffnungen und Wünsche, Sorgen und Befürchtungen schweigen; der Kranke nimmt seine Entlassung aus der Stellung, seine Verbringung in die Anstalt, sein Herabsinken zum Landstreicher, seine Entmündigung ohne Gemütsbewegung hin; er bleibt ohne weiteres, wohin man ihn bringt, „bis er entlassen wird", bittet, ihn in einer Anstalt zu versorgen, empfindet keine Demütigung, keine Genugtuung, sondern lebt stumpf in den Tag hinein. Der Stimmungshintergrund ist dabei entweder eine gegenstandslose Heiterkeit oder mürrische, scheue Gereiztheit. Eine der kennzeichnendsten Krankheitserscheinungen bildet dabei ein häufiges, grundloses, plötzlich auftretendes Lachen, das oft schon in den ersten Anfängen des Leidens auffallend hervortritt. „Stets hat ihn gelächert, was er gedacht hat", sagten die Angehörigen eines Kranken.

Auch die sittlichen Gefühle und ihr regelnder Einfluß auf das Handeln erleiden schwere Einbuße. Nicht nur in der Vorgeschichte der Kranken finden wir daher vielfache Zuwiderhandlungen gegen das Strafgesetz und die öffentliche Ordnung, sondern auch in der Krankheit selbst werden vielfach gemeingefährliche Handlungen begangen. Pighini fand, daß unter 114 verurteilten Geisteskranken 49,1% der Dementia praecox angehörten. Der Verlust des Mitleids zeigt sich in der Gleichgültigkeit und Verständnislosigkeit gegenüber fremdem Unglück, in der Roheit, mit der die Kranken gelegentlich ihre Leidensgenossen bei geringfügigstem Anlaß mißhandeln; eine Kranke suchte ihre Bettnachbarin zu erdrosseln, um sie von ihren Leiden zu befreien. Selbst die Schicksale der nächsten Angehörigen berühren den Kranken wenig oder gar nicht. Er empfängt ihre Besuche ohne Gruß oder sonstiges Zeichen gemütlicher Bewegung, erkundigt sich nicht nach ihrem Ergehen, nimmt keinen Anteil an ihren Freuden und Leiden. Ein Kranker blieb ganz gleichgültig beim Tode seiner Mutter und entschuldigte sich dann selbst, er könne nichts dafür; „mir ist nicht zum Leben und nicht zum Sterben", meinte er. Eine Kranke, die ihren drei Kindern den Hals abgeschnitten hatte, weil sie verhext seien und nicht recht erzogen

würden, zeigte nachher nicht die geringste gemütliche Erregung; ihre Kinder seien nun Engel und gut aufgehoben, erklärte sie.

Eine Teilerscheinung der gemütlichen Verblödung ist ferner das Schwinden des Feingefühls. Die Kranken nehmen keine Rücksicht mehr auf ihre Umgebung, passen ihr Verhalten nicht der Lage an, in der sie sich befinden, benehmen sich ungeniert, lachen bei ernsten Anlässen, sind grob und patzig gegen ihre Vorgesetzten, fordern sie zum Zweikampf heraus, verlieren Haltung und persönliche Würde; sie laufen in unordentlicher und beschmutzter Kleidung, ungewaschen und ungekämmt herum, gehen mit brennender Zigarre in die Kirche, duzen fremde Personen, behängen sich mit bunten Bändchen. Auch das Ekel- und Schamgefühl geht verloren. Die Kranken lassen unter sich gehen, verrichten ihre Bedürfnisse unter das Bett, in den Spucknapf, den Hut, in das Eßgeschirr; sie drehen Kügelchen aus Kot, sammeln ihre Ausleerungen in Taschentüchern oder Zigarrenkisten an, salben sich mit Urin, waschen ihr Taschentuch im gefüllten Nachtgeschirr; sie greifen mit den Fingern in das Essen, spucken in ihr Bett oder in ihre Hand, auf ihr Brot, verzehren Käfer und Würmer, schlürfen das schmutzige Badewasser ein oder leeren auf einen Zug das gefüllte Speiglas. Der Mangel des Schamgefühls äußert sich in rücksichtslosen Entblößungen, dem Auskramen geschlechtlicher Erlebnisse, in unflätigen Reden, unzüchtigen Anträgen und schamlosem Onanieren.

Wie es scheint, werden die Kranken oft auch gegen körperliches Unbehagen unempfindlicher; sie ertragen unbequeme Stellungen, Nadelstiche, Verletzungen, ohne sich viel daraus zu machen, brennen sich mit der Zigarre Wunden, reißen sich die Haare an den Geschlechtsteilen aus, lassen sich die grelle Mittagssonne stundenlang ins Gesicht scheinen, jagen die Fliegen nicht fort, die sich auf ihren Augenlidern niederlassen. Öfters behält jedoch das Essen sehr lange eine besondere Anziehungskraft. Man sieht die Kranken bei Besuchen ihrer Angehörigen eiligst deren Taschen und Körbe nach Eßwaren durchstöbern, die sie sich sofort, mit vollen Backen kauend, bis auf den letzten Rest einzuverleiben pflegen. In den Endzuständen der Krankheit ist die vollkommene Gleichgültigkeit gegenüber allen Vorgängen in der Umgebung oft genug ein Hauptzug des klinischen Bildes.

Auf der Grundlage der mehr oder weniger stark ausgeprägten gemütlichen Stumpfheit können sich jedoch plötzliche gemütliche

Gleichgewichtsschwankungen von außerordentlicher Heftigkeit entwickeln. Namentlich unvermittelte Zornausbrüche mit oder ohne äußeren Anlaß sind nicht selten und können zu schwersten Gewalttaten führen. Die Kranken zerstören Gegenstände, zertrümmern Fenster, treten die Türen ein, teilen Ohrfeigen aus. Ein Kranker stach ein Mädchen in den Arm; ein anderer erschlug seinen Meister, ein dritter einen Kameraden, von dem er sich beeinflußt fühlte. Andererseits können die Kranken jäh in ausgelassenste Heiterkeit mit unbändigem Lachen geraten, seltener in heftige Angstzustände. Alle diese Gemütsbewegungen sind durch die Plötzlichkeit ihres Auftretens und Schwindens und den oft ganz unvermittelten Wechsel der Stimmungslage ausgezeichnet. Zugleich stehen sie vielfach außer jeder erkennbaren Beziehung zu den Erlebnissen oder zum Vorstellungsinhalte der Kranken. Bleuler vertritt allerdings die Ansicht, daß es sich bei solchen Erregungen gewöhnlich um die Berührung von „Komplexen", von empfindlichen Lebenswunden handle. Ich habe mich davon nicht überzeugen können, glaube vielmehr, daß wir es wesentlich mit dem Verluste jener dauernden Färbung des Stimmungshintergrundes zu tun haben, die beim Gesunden ausgleichend und dämpfend auf alle zufälligen Schwankungen der Gemütsbewegungen einwirkt und sie nur dann zu größerer Stärke anwachsen läßt, wenn ein wichtiger Anlaß mächtigen Widerhall in unserem Innern findet.

Stransky hat daher, nicht ohne Berechtigung, davon gesprochen, daß es sich bei unseren Kranken weniger um eine gemütliche Verödung, als um eine „Ataxie der Gefühle", den Verlust des Zusammenhanges mit den übrigen Seelenvorgängen handle. Ich bin geneigt anzunehmen, daß diese Verwirrung im Gemütsleben wesentlich durch Abschwächung der höheren, dauernden Gefühle bewirkt wird, deren Aufgabe es eben ist, einerseits unvermittelte Schwankungen der Gefühle zu dämpfen, andererseits unseren inneren Zuständen dauernd gleichmäßige Spannung und Wärme zu geben und so die Einheitlichkeit unserer Gemütsbeziehungen zur Außenwelt zu gewährleisten. Gerade in den Endzuständen mit ausgesprochener Verblödung beobachtet man daher häufig gemütliche Reizbarkeit mit plötzlichen, heftigen Ausbrüchen, sodann auch ohne Anlaß in mehr oder weniger regelmäßigen Fristen auftretende Erregungen.

Die verhältnismäßig große Unabhängigkeit der Stimmung von äußeren Einflüssen hat zur Folge, daß sie oft sehr lange Zeit hindurch eine äußerst einförmige bleibt. Manche Kranke zeigen dauernd eine läppische Heiterkeit, andere stets eine weinerlich stumpfe Niedergeschlagenheit oder ein mißmutig gespanntes Wesen. Sie werden weder durch Unannehmlichkeiten oder Schicksalsschläge aus ihrer sorglosen Zufriedenheit gebracht, noch kann man sie trösten oder ihre Zuneigung gewinnen; wohl aber kann der Krankheitsvorgang selbst eines Tages unvermutet einen Umschlag ihrer Stimmung herbeiführen.

Hier und da kann man beobachten, daß die Stimmungslage der Kranken geradezu in einem Gegensatze zu der gegebenen Sachlage steht. Die Kranken erzählen lachend von einem Selbstmordversuche, von dem Tode eines nahen Angehörigen, weinen kläglich bei irgendeinem heiteren Anlasse. Manchmal handelt es sich dabei nur um ein Mißverhältnis zwischen Stimmung und Ausdrucksbewegung, um eine Paramimie. Am häufigsten ist sinnloses Lachen ohne fröhliche Stimmung. Der Kranke kann nichts dafür, daß er lachen muß; er tut es, auch wenn ihm nicht danach zumute ist; er habe „das Lachfieber", meinte ein Kranker. Auch die Mischung von Heulen und Lachen, das Weinen in Melodien, das Herumtanzen mit starren, gefurchten Zügen gehören zu den paramimischen Erscheinungen.

Ferner aber vollzieht sich bei den Kranken bisweilen eine völlige Umkehr ihrer Gefühlsbeziehungen, die das erste Zeichen des herannahenden Leidens bilden kann; frühere Neigungen wandeln sich in schroffe Abneigung um. Besonders die nächsten Familienangehörigen sind es, die häufig davon betroffen werden. Der Kranke wird gegen die bis dahin geliebten Eltern grob, hochfahrend, drohend, schimpft in unflätiger Weise; die Mutter ist eine alte Beißzange, der Vater ein Spitzbube, meineidiger Hund. Die Mutter betäubt ihn, ist eine Hexe; der Vater macht ihm Kopfschmerzen; die Schwester ist der Teufel, „die Hure, die ihm das Leben verdorben hat". Der Bruder hat unterschrieben, daß er hingerichtet werden soll; der Schwager erschießt ihn. Der frühere Liebhaber wird zum Feinde und Verfolger, der die Leute aufhetzt und überall mit im Spiele ist. Auch sinnlose Eifersucht ist nicht selten. Die Frau hat heimlich einen anderen geheiratet; die Pflegerinnen wollen den Geliebten

abspänstig machen; der Mann ist verwechselt. Eine Kranke suchte plötzlich ihr neugeborenes Kind zu vergiften, da es ihr schien, als sei es nicht das richtige; sie bat den Staatsanwalt telegraphisch um die Verhaftung ihres Mannes, der sie ermorden wolle.

Wie die Gedanken, können auch die Gefühle des Kranken gelegentlich nach seiner Meinung „übertragen" werden; „es finden Schmerzübertragungen statt"; „Ängstlichkeitsgefühle kommen von außen durch die Ohren, innerliche Verfolgungsgedanken", sagte ein Kranker. Ein anderer behauptete, seine Schwester habe einen Apparat zum Sprechen in die Ferne, 50—100 Stunden weit; durch das Durchströmen könne man verliebt machen, Schmerzen bereiten, schlechte Gedanken erzeugen. Der Kranke „hat keine Ruhe bei der Arbeit, weil immer jemand neben ihm sitzt". „Das Lachen machen die Stimmen", erklärte ein Kranker; „das ist kein Lachen; der Mund wird mir verzogen", meinte ein anderer; „der Lachnerv wird gereizt", sagte ein dritter; „es ist ein elektrisches Lachen". „Es lächert mich so von unten herauf; es bringt mich zum Lachen, und es ist doch nicht zum Lachen", äußerte ein vierter, und eine Kranke beklagte sich: „Jetzt wird mir wieder so ein ganz dummes Lachen gemacht!"

Hand in Hand mit den tiefen Störungen des Gemütslebens gehen die ausgebreiteten und mannigfaltigen Krankheitserscheinungen auf dem Gebiete des Handelns und Benehmens, die dem klinischen Bilde am meisten sein eigenartiges Gepräge geben. Sie setzen sich aus einer Reihe verschiedenartiger Grundstörungen zusammen. Zunächst haben wir es vielfach mit einer allgemeinen Herabsetzung der Willensantriebe überhaupt zu tun. Die Kranken haben jede selbständige Neigung zum Handeln und zur Tätigkeit verloren, sitzen müßig herum, kümmern sich um nichts, gehen nicht zur Arbeit, vernachlässigen ihre dringendsten Obliegenheiten, obschon sie vielleicht noch imstande sind, sich auf äußere Anregung hin in geordneter Weise zu beschäftigen. Sie empfinden keine Langeweile, haben kein Bedürfnis, sich die Zeit zu vertreiben, „keine Schaffensfreude mehr", sondern können Tage und Wochen untätig im Bette liegen, in den Ecken herumstehen, „in ein Loch starren", ihre Stiefelspitzen betrachten oder planlos herumlaufen. Zum Arbeiten haben sie „keine Lust"; „die Nerven halten es nicht aus". Ein Kranker arbeitete seit 2 Jahren nichts, „um den Leuten nicht den Verdienst zu nehmen"; ein anderer faßte ins Auge, nach Verbrauch

der letzten 20 Mark in den Bodensee zu gehen; ein dritter bat „um ein leichtes Amt, etwa als Geistlicher".

Dieser Ausfall des Beschäftigungstriebes stellt, so unscheinbar auch seine klinischen Äußerungen sind, ohne Zweifel eine ungemein schwere Störung dar, da die Regsamkeit des Willens wohl die wichtigste Grundlage der geistigen Persönlichkeit bildet. Mit ihr steht in enger Beziehung jene Beeinflußbarkeit des Willens, die ihren schärfsten Ausdruck in den Erscheinungen der Befehlsautomatie findet. Mit dem Fehlen eigener Willensregungen fallen leicht auch die Widerstände fort, denen fremde Einflüsse in unserem Innern begegnen. Die Kranken sind daher vielfach lenksam, lassen sich treiben wie eine Herde, so daß sie den unentbehrlichen Stamm jener Massen bilden, die sich willig dem einförmigen Tageslaufe der großen Anstalten fügen. Eine nicht unerhebliche Anzahl gliedert sich widerstandslos der Schar der Landstreicher ein, die vom Zufall heute hierhin, morgen dorthin geführt werden.

Aber auch ausgebildete Befehlsautomatie ist ungemein häufig. Man findet sie in allen Abschnitten des Leidens, im Beginne wie in den Endzuständen, nicht selten auch als einzigen bemerkbaren Krankheitsrest bei sonst anscheinend voller Genesung. Sie zeigt sich namentlich in der wächsernen Biegsamkeit, in der Beibehaltung beliebiger, selbst sehr unbequemer Stellungen, die man dem Kranken gibt. Man erkennt diese sehr auffallende Störung ohne weiteres in dem Gruppenbilde Figur 154, das eine Reihe von Kranken mit Dementia praecox vereinigt. Sie wurden ohne Mühe in die absonderlichen Stellungen gebracht und behielten sie bei, einige mit verschmitztem Lächeln, andere mit starrem Ernste. Der rechts auf dem Stuhle sitzende Kranke war bereits ziemlich stark verblödet, während die drei Kranken zur Linken noch im Beginne des Leidens standen. Ferner zeigen die Figuren 155—157 den gleichen Kranken in verschiedenen, ihm aufgeprägten Stellungen, von denen besonders die letzten offenbar nur mit erheblichem Kraftaufwande festgehalten werden können. „Ich soll es ja tun", sagte ein Kranker, als man ihn nach dem Grunde seines kataleptischen Verhaltens fragte; ein anderer meinte: „Es geschieht auf Befehl".

Weiterhin tritt die Befehlsautomatie, wie ihr Name sagt, in der willenlosen Befolgung von Aufforderungen hervor, auch solcher, die dem Kranken sichtlich unangenehm sind. So streckt er auf ent-

schiedenen Befehl die Zunge immer wieder vor, obgleich man ihm droht, sie zu durchstechen, und ihm mit der Nadel Schmerz bereitet, wie man aus dem Verziehen seines Gesichtes sieht. Auch



Fig. 154. Gruppe von schizophrenen Kranken.

daß sich der Kranke unangenehme Berührungen des Gesichtes, Kitzeln der Nasenschleimhaut, Durchstechen einer Augenlidfalte ohne Abwehr gefallen läßt, dürfte als Befehlsautomatie aufzufassen

sein, insofern diese Eingriffe den unausgesprochenen Befehl enthalten, sie nicht zu hindern. Weiterhin gehört in diese Gruppe von Erscheinungen die Echolalie und Echopraxie, die willenlose Wiederholung vorgesagter Worte, die Nachahmung vorgemachter oder die Fortsetzung passiv eingeleiteter Bewegungen. „Ich tue es,



Fig. 155. Wächserne Biegsamkeit (a).

weil Sie es so haben wollen“, „ich richte mich nach dem, was kommandiert wird“, „ich war unbewußt, mußte alles tun“, sagen die Kranken. Endlich aber verknüpft sich mit der Befehlsautomatie regelmäßig eine eigentümliche Gebundenheit der Bewegungen, die anscheinend mit der inneren Unfreiheit der Kranken in Beziehung

steht, mit der Unbestimmtheit der eigenen Willensantriebe und ihrer Beeinflußbarkeit durch alle möglichen zufälligen Vorgänge. Oft genug ist sie so ausgeprägt, daß sie mit großer Wahrscheinlichkeit den Schluß auf andere befehlsautomatische Störungen ermöglicht.

Die Abschwächung der Willensherrschaft im Seelenleben liefert,



Fig. 156. Wächserne Biegsamkeit (b).

wie es scheint, weiterhin die günstigen Bedingungen für die Entstehung der in der Dementia praecox eine so große Bedeutung gewinnenden Triebhandlungen. Die Lockerung jener Zügel, die das Handeln des Gesunden in bestimmten Bahnen halten, gewährt zufälligen Antrieben ohne Rücksicht auf ihre Zweckmäßigkeit

und Zulässigkeit die Freiheit, sich unverzüglich in Handlungen umzusetzen. So kommt es, daß die Kranken eine Unmenge der unsinnigsten und unbegreiflichsten Handlungen begehen, über deren innere Entstehungsgeschichte sie sich selbst meist gar keine Rechenschaft zu geben vermögen. „Ich habe so ein Gefühl, als ob ich



Fig. 157. Wächserne Biegsamkeit (c).

das tun muß", erklärte ein schreiender und um sich beißender Kranker. „Ich hatte keinen freien Lauf mehr, mußte oft Sachen machen, ohne daß ich wußte, warum", sagte ein anderer. Ein dritter meinte: „ich muß scharren, Turnübungen machen", ein vierter: „ich muß schreien, um nicht zu platzen"; ein fünfter sang, „weil

es verlangt wurde"; ein sechster äußerte, der liebe Gott lasse ihn ausspucken. Die Kranken zerschlagen plötzlich einen Spiegel, stoßen Tische und Stühle um, hängen Bilder ab, werfen Gegenstände aus dem Fenster, klettern auf einen Schrank, brennen ihre Haare an, laufen nackt auf die Straße, läuten die Glocken, stecken den Kopf in das Abortbecken, stülpen das Nachtgeschirr auf den Kopf, kriechen unter den Tisch, zertrümmern eine Lampe. Gewöhnlich werden solche unsinnige Handlungen mit großer Gewalt, plötzlich und blitzschnell ausgeführt, so daß es unmöglich ist, sie zu verhindern; die Kranken pflegen auch jedem Versuche, sie davon abzuhalten, auf das rücksichtsloseste zu begegnen. „Ich hatte das Gefühl, als wenn ich meiner Pflicht nicht nachkomme; es war ein Drang in mir", schilderte ein Kranker seine inneren Wahrnehmungen dabei. Ein anderer zerschlug den Feuermelder, „weil er den Drang im Arm hatte"; ein dritter, der aus Leibeskräften strampelte und trommelte, rief: „ich kann doch nicht ärger! Soll ich noch ärger?"

Unter Umständen können die triebartigen Handlungen der Kranken außerordentlich gefährlich werden. Die Kranken ohrfeigen plötzlich einen Begegnenden, machen einen wütenden Angriff auf einen Nachbarn, zünden Betten an, reißen einen Gasarm ab. Ein Kranker suchte das Enkelkind seines Onkels zu erwürgen; ein anderer zertrümmerte das Läutewerk eines Bahnüberganges und wollte auch die Schienen aufreißen; als Beweggrund gab er an, daß man ihn in Rumänien eingesperrt und um seinen Verstand gebracht habe. Andere beißen sich in den Arm, schlagen sich ins Gesicht, quetschen sich die Hoden zusammen, trinken irgendeine Medizinflasche aus, stecken Käfer oder Steine in die Ohren, machen unausgesetzt Selbstmordversuche, hängen sich plötzlich auf, springen aus dem Fenster, werfen sich vor die Trambahn; ein Kranker brach einen Kaffeelöffel ab, um ihn sich in den Hals zu stoßen.

Sehr lebhaft sind oft auch die geschlechtlichen Antriebe. Die Kranken onanieren ohne Rücksicht auf die Umgebung, bei der Untersuchung durch den Arzt, fassen Mitkranken nach den Geschlechtsteilen, greifen der Schwester unter die Röcke. Ein Kranker notzüchtigte die Köchin seines Bruders und versuchte das gleiche bei dessen Frau; eine Kranke machte jahrelang rücksichtslose geschlechtliche Angriffe auf die Ärzte, um durch den Verkehr „von der Beklemmung auf der Brust befreit zu werden".

Aus einer Häufung sinnloser Handlungen und Bewegungen setzt sich das eigenartige Zustandsbild der katatonischen Erregung zusammen, mit dem wir uns späterhin noch eingehender zu beschäftigen haben werden. Neben den Triebhandlungen begegnen uns dabei in großer Zahl und Mannigfaltigkeit Willensentladungen, denen jede Beziehung zur Verwirklichung von bestimmten Absichten fehlt, die vielmehr in der Form völlig zielloser Bewegungen auftreten. Sie stehen weder untereinander noch mit Vorstellungen oder Gemütsbewegungen in irgendeiner Verbindung, haben aber die Neigung, sich gleichförmig oder mit allerlei Abwandlungen vielfach zu wiederholen. Hier und da tragen sie noch das Gepräge von verstümmelten Zweck- oder Ausdrucksbewegungen, aus denen sie zum Teil wenigstens hervorgehen mögen. Die Kranken hüpfen, springen, schlagen Purzelbäume, schreien, grunzen, wippen, trommeln, kreischen, machen die Gebärde des Läutens, des Violinspielens, meist mit Aufwand aller Kräfte, aber ohne irgend erkennbaren Zweck.

Mit den bisher betrachteten Willensstörungen verbindet sich bei der Dementia praecox, wie schon angedeutet, ungemein häufig eine weitere, die Neigung zu triebartigem Haften der gleichen Willensregungen, die Stereotypie. Sie zeigt sich einmal in dem Festhalten derselben Stellungen, sodann in der Wiederholung der gleichen Bewegungen oder Handlungen. Der Wille wird hier gewissermaßen durch vorhergehende Betätigungen im Sinne der Befehlsautomatie längere Zeit hindurch beeinflußt. Stransky spricht daher, wohl mit Recht, von einer „Autoecholalie und -praxie". Die Kranken stehen oder knien Stunden, Tage oder noch länger an der gleichen Stelle, liegen in unbequemster Stellung im Bette, falten krampfhaft die Hände, selbst bis zur Entstehung von Druckbrand, nehmen Fechterstellung ein. Meist ist es nur mit äußerster Gewalt möglich, sie aus einer solchen Haltung herauszudrängen, die sie unverzüglich wieder einzunehmen pflegen, sobald die Behinderung aufhört.

Weit mannigfaltiger sind die Bewegungsstereotypen, die uns namentlich in den katatonischen Erregungszuständen begegnen, oft in ausgeprägtester Form. Bei leichteren Graden handelt es sich mehr um eine gewisse Einförmigkeit der Willensäußerungen, das Haften an bestimmten Betätigungen. Die Kranken machen immer dieselben Gebärden, gehen die gleichen Wege, zupfen sich die Haare aus, wie der in Figur 158 dargestellte Kranke; sie drehen Brotkügelchen, zerkratzen

sich dauernd das Gesicht, rutschen auf den Knien herum, bringen absonderliche Laute hervor, schneiden Gesichter, spielen tagelang dieselbe Melodie auf dem Klavier; ein Kranker „warf 100 mal den Wecken auf den Tisch". Dahin gehören auch zuckende Bewegungen in verschiedenen Muskelgebieten, Heben einer Schulter, „Schlangenmenschbewegungen", Wehen mit den Händen, Berühren bestimmter Körperstellen mit den Fingern, auffälliges Räuspern,



Fig. 158. Haarzupfender Kranker.

Schnalzen, Schnauben. Eine Kranke, die immer mit den Nasenflügeln zuckte, erklärte: „Das ist so meine Manier".

Bisweilen können die gesamten Willensäußerungen des Kranken längere Zeit hindurch vollkommen durch die Stereotypen beherrscht werden, so daß sich sein Tun und Treiben in eine fast ununterbrochene Reihe gleichförmig oder mit geringen Abwandlungen sich wiederholender, sinnloser Bewegungen auflöst. Regelmäßig bildet sich dabei ein gewisser Rhythmus heraus. Die Kranken wiegen sich von einem Beine auf das andere, taktieren, „zupfen sich Buchstaben von

der Fingerspitze weg", machen trillernde Spreizbewegungen mit den Fingern, klatschen in die Hände, schütteln den Kopf, brüllen taktmäßig, ohrfeigen sich, laufen im Sturmschritt auf und ab. Über die Beweggründe für dieses Treiben erhält man von ihnen keine befriedigende Auskunft. Ein Kranker, der sich immer rhythmisch hin- und herwiegte, erklärte einfach: „Es macht so in mir." „Ich muß den Kopf schütteln, bekomme sonst Herzensangst", „ich muß fortwährend Worte sagen", „ich muß schreien, ohne es zu wollen; es ist so ein Drang in mir", „ich muß mich nachts im Bett herumwerfen, als wenn eine fremde Macht mich wirft", „ich muß mich umdrehen, wie wenn ein Magnet die Nadel anzeigt", „ich hab' nicht eher ruhen können, bis ich es so gemacht habe" sind ähnliche Aussprüche.

Wir dürfen wohl annehmen, daß auch die Entwicklung solcher Stereotypen, die späterhin den Endzuständen des Leidens und ebenso manchen Formen der Idiotie ein so absonderliches Aussehen geben, durch das Fehlen gesunder Willensregungen besonders begünstigt, vielleicht erst ermöglicht wird. Manche Erfahrungen sprechen wenigstens dafür, daß die Werkzeuge unseres Willens alterworbene Einrichtungen besitzen, die eine rhythmische Wiederholung der gleichen Entladungen begünstigen; ihr Einfluß wird sich geltend machen können, sobald die Antriebe ausbleiben, die einer Verwirklichung von Zielvorstellungen dienen.

Die Unsicherheit und Schwäche der zielbewußten Willensregungen einerseits, weiter aber die Leichtigkeit, mit der alle möglichen Antriebe die Willensäußerungen beeinflussen können, machen es vielleicht erklärlich, daß die Handlungen unserer Kranken vielfach in **krankhaft veränderter Form** ablaufen. Schon die einfachen Bewegungen können solche Umwandlungen darbieten. Bisweilen werden sie mit zu starkem Kraftaufwande, unter Beteiligung unnötiger Muskelgruppen oder zu großer Gliedabschnitte ausgeführt, so daß sie den Stempel des Ungraziösen und Plumpen erhalten. Oder sie entbehren der Abrundung, beginnen und endigen ruckweise und erscheinen daher steif, hölzern, eckig. Noch andere Kranke erreichen das Ziel der Bewegung nicht auf dem nächstliegenden Wege, sondern auf Umwegen, mit allerlei Abänderungen und Einschiebseln; sie fügen ihr Verschnörkelungen hinzu, durch die sie unnatürlich, geziert und manieriert wird. Durch derartige Absonderlichkeiten, die wir als „**Manieren**"

bezeichnen, können die Vorgänge des Atmens, Sprechens und Schreibens, das Stehen und Gehen, das An- und Auskleiden, das Handgeben und Essen, das Rauchen, die Gebärden, die Arbeitshandgriffe in der mannigfaltigsten Weise beeinflußt und umgestaltet werden. Das Zugreifen geschieht mit gespreizten Fingern; das Sprechen wird von lautem Räuspern und Grunzen oder von schmatzenden Bewegungen begleitet, das Gesicht zu krampfhaftem Grinsen verzogen; beim Mauern wird jeder Stein erst einige Male umgedreht, bevor er hingelegt wird. Manche Kranke heben die Beine beim Gehen „wie der Storch im Salat"; ein Kranker spazierte mit feierlich erhobenem Hemde herum; eine Kranke spielte mit Handschuhen Klavier.

Namentlich der Vorgang der Nahrungsaufnahme kann durch die mannigfaltigsten Nebenantriebe verändert werden. Häufig greifen die Kranken einfach mit den Händen in den Teller hinein, fahren auf die große, gemeinsame Schüssel los, stopfen hastig den Mund so voll wie möglich und schlingen herunter, fast ohne zu kauen. Oder der Löffel wird ganz leicht mit den Fingerspitzen erfaßt, oft am äußersten Ende, der Stiel zum Essen benutzt; es wird mit der Gabel regelmäßig vor jedem Bissen 2—3 mal im Essen herumgestochert, das Gemüse in eine Reihe gleicher Häufchen geteilt, die Hand vorher mit der Jacke umwickelt, die Nase mit in die Suppe gesteckt, oder es muß zwischen je zwei Bissen ein Schluck getrunken, bis 12 gezählt werden u. ähnl. Andere schlecken die Suppe wie ein Hund oder gießen sie unter reichlichem Verschütten ohne weiteres in den Mund, pressen den Gemüseteller glatt auf ihr Gesicht und lecken ihn so allmählich aus. Eine meiner Kranken faßte zwar den Löffel ganz richtig mit der rechten Hand, führte ihn aber hinter ihrem Kopfe herum von der linken Seite zum Munde; eine andere verkroch sich beim Essen unter die Bettdecke.

Nicht selten wird durch die Abänderungen der Zweck der Handlung ganz oder doch teilweise vereitelt und unkenntlich gemacht, so daß der Eindruck des Verschrobenen, Sinnlosen entsteht. Dahin gehört das Darreichen des Seitenrandes der Hand oder einer Fingerspitze beim Handgeben, die Querlage im Bett, das Sprechen mit geschlossenen Zähnen. Ein Kranker deckte sich mit Papier zu; ein anderer sog leidenschaftlich am Bettzipfel; ein dritter stippte die Ecken seines Kopfkissens in den Kaffee. Alle derartigen Manieren haben die ausgesprochene Neigung zu haften und können das Gebaren

eines Kranken Jahrzehnte hindurch gleichförmig begleiten. Durch sie vor allem entstehen die halb abstoßenden, halb lächerlichen Eindrücke, die dem Laien bei dem Besuche einer Irrenanstalt auffallen, und sie sind es daher, aus denen sich das volkstümliche Bild des „Narren" vor allem zusammenzusetzen pflegt.

Vervollständigt wird es noch durch die Verschrobenheiten im äußeren Aufputze der Kranken, die außerordentlichen Frisuren, die Ohrringe aus Drahtstückchen, die bunten Bändchen im Haar und im Knopfloch, die absonderlichen Verzierungen der Kleidung. Ein Kranker zog die Strümpfe über die Beinkleider; ein anderer trug sie zusammengefaltet auf dem Kopfe; ein dritter schmückte sich mit Armbändern aus Papier. Vielfach nehmen die Kranken auch ganz absonderliche Stellungen und Haltungen ein, balanzieren auf einem Beine, stecken den Kopf zwischen die Schenkel, liegen auf dem Bettrande, breiten die Arme in Kreuzesstellung aus, krümmen sich in der merkwürdigsten Weise zusammen. Ein Kranker antwortete auf die Frage, warum er derartiges tue:

„Das Gefühl wird hervorgerufen durch Beeinflussung der Außenwelt. Es ist dann, als ob mit gewissen Einheitsgraden der Teilchen bei nicht verstandesmäßiger eigener Behandlung Körperteilchen (am Finger und sonstigen Gliedern) vom großen Ganzen mit unsäglichen Schmerzen hinweggerissen würden. Fühle ich irgendwo am Körper eine stärkere Belastung, was er mit seinem ganzen Sinnesvermögen auszugleichen bestrebt sein muß, um nicht diese außergewöhnlichen Schmerzen hervorbringen zu wollen, so muß sich meine Lage in allen Teilchen verändern."

Von den einfachen Abwandlungen alltäglicher zweckmäßiger Handlungen führen fließende Übergänge zu jenen Willensstörungen hinüber, die wir unter dem Namen der Parabulie zusammenfassen können. Die Nebenantriebe, die zunächst nur Verschnörkelungen des Handelns bedingen, können allmählich zu Querantrieben werden, die zu völligen Entgleisungen des Willens führen. Einige dahin gehörende Beispiele haben wir schon angeführt, bei denen gewissermaßen ein Zerrbild natürlicher Handlungen durch Anwendung untauglicher Mittel entsteht. Weiterhin aber kann die zunächst vielleicht richtig eingeleitete Handlung durch Querantriebe in ein ganz anderes Fahrwasser gelenkt oder auch einfach abgeschnitten werden („Ergodialeipsis" nach Moravsik). Die Hand, die zugreifen, den Eßlöffel erfassen will, fährt an die Nase, um dort zu kratzen; der Kranke, der die Jacke anziehen soll, steckt die Beine in die Ärmel.

Beim Handgeben stockt die Bewegung auf halbem Wege; der Kranke bricht mitten im Satze ab; er stochert taktmäßig im Essen herum, ohne die aufgespießten Bissen zum Munde zu bringen.

Haben wir es hier mit der Ablenkung oder Abschneidung bereits begonnener Handlungen zu tun, so kann der Quer- oder Gegenantrieb weiterhin die Willensregung selbst auch schon im Entstehen unterdrücken, so daß die vorschwebende Handlung überhaupt nicht eingeleitet, sondern von vornherein durch eine andere ersetzt oder einfach unterdrückt wird. Der Kranke, der die Zunge zeigen soll, reißt statt dessen die Augen auf; er schleudert den Becher fort, statt ihn an den Mund zu setzen. Wir werden dieser „Parergasie“ bei der Besprechung der Ausdrucksbewegungen noch näher zu gedenken haben.

Bei weitem die wichtigste Form der Parabulie ist die Unterdrückung von Willensregungen durch Gegenantriebe, der Negativismus. Es liegt ja nahe, daß von den zahllosen, an sich möglichen Nebenantrieben diejenigen eine Sonderstellung einnehmen, die der Erreichung des erstrebten Zieles gerade entgegengesetzt sind; sie werden beim Auftauchen einer Willensabsicht durch Kontrastwirkung am lebhaftesten im Bewußtsein mit angeregt. Negativistische Willenssperrungen spielen daher im klinischen Bilde der Dementia praecox eine außerordentlich große Rolle. Sie führen einmal zur triebartigen Unterdrückung aller Reaktionen auf äußere Einwirkungen, ferner zu starrem Widerstande gegen Eingriffe jeder Art, endlich zur Ausführung von Handlungen, die den durch die Sachlage nahe gelegten oder von der Umgebung gewünschten gerade entgegengesetzt sind.

Es kann jedoch nicht zweifelhaft sein, daß die gemeinhin unter der Bezeichnung Negativismus zusammengefaßten Störungen nicht einheitlichen Ursprungs sind, wie namentlich Bleuler[1]) näher ausgeführt hat. Zunächst können Wahnvorstellungen oder Verstimmungen, namentlich Angst oder Gereiztheit, die Kranken dazu veranlassen, sich gegen die Umgebung abzuschließen. Sie berühren das Essen nicht, weil sie es für vergiftet halten, legen sich nicht in ihr Bett, weil ihnen dort vermeintlich die Gefahr der syphilitischen Ansteckung droht, geben nicht die Hand, weil sie Mißtrauen gegen den Arzt hegen, eine Beeinflussung fürchten, nichts mit ihm zu tun

[1]) Bleuler, Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr. XII, 18.

haben wollen. Ganz ähnlich ist wohl die ablehnende Haltung der unklaren und verwirrten Kranken zu beurteilen, denen alles verändert, unverständlich und unheimlich vorkommt; auch hier wird man ängstliches Mißtrauen als die Triebfeder ihres Widerstrebens vermuten dürfen. In allen diesen Fällen handelt es sich nicht um Negativismus im Sinne einer der Dementia praecox besonders eigentümlichen Störung. Mir scheint, daß auch das Verhalten solcher Kranken gegenüber den an sie herantretenden Reizen sich in nichts von denjenigen anderer ängstlicher oder gereizter Personen unterscheidet; insbesondere geraten sie bei stärkerem Andringen in Erregung, machen lebhafte Abwehrbewegungen oder gehen gar zum Angriffe über.

Mannigfache Erfahrungen sprechen indessen dafür, daß es noch eine Form der Ablehnung äußerer Einwirkungen gibt, die durchaus triebartig, d. h. ohne Begründung durch Vorstellungen oder Gemütsbewegungen, zustande kommt. Schon der Befehlsnegativismus, das Ausführen der dem Gewünschten gerade entgegengesetzten Handlung, läßt kaum eine andere Deutung zu. Nur ausnahmsweise könnten dabei greifbare Beweggründe in Frage kommen, so etwa für das Hinausdrängen beim Befehl, dazubleiben. Wenn aber ein Kranker zu singen beginnt, sobald man ihn auffordert, stillzuschweigen, wenn er rückwärts geht auf den Befehl, zu marschieren, so ist es schwer, dafür eine Erklärung durch Überlegungen oder gemütliche Einflüsse aufzufinden. Dazu kommt, daß die Kranken in vielen Fällen von ausgeprägtem Negativismus tatsächlich weder Wahnbildungen noch Gemütsbewegungen aufweisen, die irgendwie ihr sonderbares Verhalten begründen könnten. Sehr wichtig sind aber endlich für diese Frage die Äußerungen der Kranken selbst, die fast immer darauf hinauslaufen, daß sie sich gezwungen fühlten, ohne sich selbst über die Gründe Rechenschaft geben zu können. „Ich muß oft das Gegenteil von dem machen, was man von mir verlangt", sagte ein Kranker; „ich will nicht so, wie die Leute wollen", erklärte ein anderer. Allerdings werden hier und da auch Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen als Ursachen des negativistischen Benehmens angeführt. Die Kranken fühlen sich „gebannt", essen tageweise nicht, „weil Gott es nicht will", „durften nicht sprechen", bleiben liegen „auf höheren Befehl", „weil die Medien es wollen", „die Stimmen es befehlen". Man wird jedoch mit Recht annehmen

dürfen, daß derartige Begründungen nichts anderes sind, als Formeln für die Kennzeichnung der dem Kranken unerklärlichen Willensbehinderungen; auch die Stimmen dürften in dieser Beziehung nur zum Ausdrucke bringen, was der Kranke in sich fühlt.

Noch deutlicher wird die Eigenart dieser Störungen durch die von Bleuler besonders betonte Tatsache des „inneren Negativismus". Wie schon oben ausgeführt, stellen sich nicht nur den äußeren Befehlen, sondern auch den eigenen Willensantrieben Hindernisse entgegen, die bald nur zur Unterlassung der beabsichtigten Handlung, bald auch zur Ausführung einer entgegengesetzten oder doch ganz andersartigen Handlung führen. „Ich komme nicht zu dem, was ich tun will", sagte ein Kranker; „ich kann nicht tun, was ich will", „ich hatte keinen freien Willen", „ich mußte etwas tun, ohne selbst zu wollen, manchmal rückwärts gehen", „ich mußte machen, was meinem Charakter widerstrebt", „die Vernunft streitet gegen den fremden Einfluß", erklären andere. Auch der früher besprochene „intellektuelle Negativismus", das Auftauchen negativistischer Behinderungen im Gedankengange, läßt sich schwerlich anders, als durch unmittelbare Störungen jener inneren Willenstätigkeit erklären, die das Auftauchen und die Verknüpfung der Vorstellungen regelt.

Die klinischen Erscheinungen, in denen der Negativismus sich zeigt, sind äußerst mannigfaltige. Eine ganz allgemeine Erfahrung ist es, daß die Kranken mit Dementia praecox mehr oder weniger unzugänglich sind, sich gegenüber der Außenwelt absperren. Bleuler hat dieses wichtige Krankheitszeichen als „Autismus" beschrieben. Die Ablehnung jeder seelischen Berührung zeigt sich oft schon im ganzen Benehmen der Kranken, sobald man sich mit ihnen beschäftigt. Sie blicken nicht auf, wenn man sie anredet, wenden vielleicht den Kopf weg oder drehen geradezu dem Fragenden den Rücken zu. Das Darreichen der Hand bei der Begrüßung wird abgelehnt; „es schickt sich nicht", „im Bett gibt man nicht die Hand", „so begrüßen sich nur die Frauen", meinen die Kranken; sie haben die Hand früher zu oft gegeben. Manche Kranke schließen die Augen, verdecken das Gesicht mit den Händen, verhüllen sich, ziehen die Bettdecke über den Kopf und halten sie krampfhaft fest; „diese Lage ist für die Augen angenehm und auch für das Innere beruhigender", erklärte ein Kranker. Vielfach verweigern die Kranken jede Auskunft; „das sei ihre Sache", „das gehe niemanden

etwas an", „so würden die Leute ausgefragt", „sie gehörten nicht daher, hätten nicht nötig, Rede zu stehen". Ein Kranker verlangte vom Arzte zunächst seine Zeugnisse zu sehen, damit er wisse, wen er vor sich habe. Andere geben verkehrte oder ganz ungenügende Antworten.

Aber auch dann, wenn sie sich äußern, merkt man an ihren kargen, widerstrebenden, nichtssagenden, gezwungenen Aussagen oft sehr deutlich den Widerstand, den sie einem Eindringen in ihr Seelenleben entgegensetzen. Häufig schließen sich die Kranken schon lange vor dem Auftreten der auffallenderen Krankheitszeichen von ihrer Umgebung, ihrer Familie ab, sprechen nur noch das Notwendigste, erscheinen nicht mehr bei den gemeinsamen Mahlzeiten, meiden jeden Verkehr, riegeln sich ein, machen einsame Spaziergänge. Ärztliche Besuche, Beziehungen zu ihren Mitkranken weisen sie schroff zurück. Bei noch stärkerer Ausbildung der Störung entwickelt sich das Bild des negativistischen Stupors, der starren, undurchdringlichen Abschließung gegen alle äußeren Einwirkungen, die sich mit einer bis an die Grenze des möglichen getriebenen Unterdrückung aller natürlichen Regungen verbindet. Wir werden sein klinisches Bild späterhin eingehend zu schildern haben.

Wie schon im allgemeinen Teile angedeutet, wird das Verständnis des Negativismus in dem hier umschriebenen Sinne wohl an die Tatsache anzuknüpfen haben, daß unser Denken und Handeln fortwährend Entscheidungen zwischen verschiedenen, oft entgegengesetzten Vorstellungen und Willensentschlüssen zu treffen hat. Insbesondere sind unsere ganzen Beziehungen zur Umgebung durchaus beherrscht von den Willensregungen der Ablehnung und der Zuneigung, deren zweckmäßige Wahl für unser Dasein grundlegende Wichtigkeit besitzt. Bleuler spricht von einer „Ambivalenz" und einer „Ambitendenz" der psychischen Vorgänge, in dem Sinne, daß sie gleichzeitig von entgegengesetzten Gefühlsbetonungen begleitet werden und zu entgegengesetzten Willensregungen führen können. Er nimmt auf Grund seiner Erfahrungen an, daß diese Zwiespältigkeit in Gefühlen und Antrieben besonders häufig und stark bei der Dementia praecox zur Beobachtung komme und eine wichtige Grundlage für die Entwicklung des Negativismus bilde.

Natürlich bedarf es aber, auch wenn jene Zwiespältigkeit zugegeben wird, noch weiterer Erklärungsgründe dafür, warum nicht

etwa die Wahl zwischen Ablehnung und Hingebung in unberechenbarer Weise schwankt, was freilich auch oft genug vorkommt, sondern warum so häufig lange Zeit hindurch und in so entschiedener Weise die negativistischen Regungen das gesamte Handeln beherrschen. Soweit dabei krankhafte Stimmungen oder Wahnbildungen eine Rolle spielen, glaube ich, wie oben ausgeführt, nicht von echtem Negativismus sprechen zu sollen. Höchstens wäre zuzugeben, daß durch ihre Mitwirkung die ohnedies vorhandene Neigung zum Auftreten negativistischer Erscheinungen verstärkt werden kann, wie umgekehrt der Negativismus vielleicht auch Einfluß auf den Inhalt von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen wie auf die Färbung der Stimmung gewinnt. In letzter Linie bestimmend für die beherrschende Stellung der Gegenantriebe müssen jedoch wegen ihrer triebartigen Entstehung und ihrer Unabhängigkeit von dem sonstigen Bewußtseinsinhalte andere Ursachen sein. Bleuler betrachtet als solche neben erotischen Regungen, die schon im gesunden Leben gewöhnlich von zwiespältigen Gefühls- und Willensvorgängen begleitet sind, hauptsächlich die ,,autistische" Neigung der Kranken, sich in ihr eigenes Innere zurückzuziehen, das Bestehen von besonders empfindlichen ,,Lebenswunden", sodann das ,,Gedankendrängen", die mangelhafte Herrschaft über den Gedankengang; er rechnet jedoch für die Erklärung des ,,inneren Negativismus" auch noch mit bisher unbekannten Einflüssen.

Die Bedeutung der erotischen Regungen ist nach meiner Ansicht ähnlich zu beurteilen wie diejenige anderer Gefühle und daher für die Begründung des echten Negativismus außer Betracht zu lassen. Daß bei dem Verhalten der Kranken in irgend größerem Umfange ,,Lebenswunden" mitspielen, zu deren Schutz vor Berührung sie sich von der Umgebung absperren, ist, wie ich glaube, bisher weder bewiesen noch auch nur wahrscheinlich gemacht worden; auch das häufig so unvermittelte Auftreten und Schwinden des Negativismus scheint mir sehr gegen eine derartige Deutung zu sprechen. Dagegen steht der ,,Autismus" der Kranken wohl ohne Zweifel mit ihrem Negativismus in naher Beziehung; nur möchte ich meinen, daß er nicht sowohl eine Ursache, als vielmehr eine Erscheinungsform des Negativismus darstellt. Die Neigung, sich von der Umgebung abzuschließen, findet sich bei unseren Kranken häufig schon lange Jahre

vor dem eigentlichen Ausbruche des Leidens, und sie ist eine ganz gewöhnliche Begleiterscheinung der Endzustände. Sehr zweifelhaft ist mir aber, ob sie, wie Bleuler meint, durch das Zurückziehen des Kranken auf seine Phantasien bedingt wird, und ob dieser deswegen jede Ablenkung als unerträgliche Störung empfindet. Starre Unzugänglichkeit zeigen einerseits oft genug Kranke, bei denen von besonderen Einbildungen, in die sie sich versenken könnten, gar keine Rede sein kann, und sie fehlt andererseits bei zahlreichen anderen wahnbildenden Krankheitsformen, so namentlich bei der Paralyse, bei der sich doch die Kranken gerade in eine Welt von Einbildungen hineinträumen, die durch Einwirkungen der Umgebung stark gestört werden.

Weit wahrscheinlicher ist es mir, daß der Negativismus und der nur seine Vorstufe bildende „Autismus" überhaupt nicht mit Vorstellungen oder „Komplexen", sondern mit der allgemeinen Unfreiheit des Willens in näherem Zusammenhang stehen, die der Dementia praecox so besonders eigentümlich ist. Schon bei den verschiedensten Gelegenheiten haben wir darauf hinweisen müssen, daß die Kranken die Herrschaft über ihren Willen verlieren und diese schwere Störung oft auch mehr oder weniger deutlich empfinden. In immer neuen, eindringlichen Wendungen hört man sie die innere Unfreiheit schildern. Der Wille ist ihnen genommen; er ist schwach; sie haben keinen eigenen Willen mehr, sind nicht Herr über ihn; keine Selbstständigkeit ist in ihnen. „Ich bin nicht schwermütig und nicht vernunftlos", meinte ein Kranker; „es fehlt mir nur das eigene Wollen, der eigene Trieb". Die Kranken fühlen sich nicht frei, beeinflußt, von fremdem Willen, von unsichtbarer Macht, von magischen Kräften beherrscht, besessen von übermenschlichen Wesen, „wie ein Automat"; sie leiden an „Autosuggestionen und hochgradiger Suggestibilität", stehen „wie unter Zwang", befinden sich in „Suggestionssklaverei"; „ich bin ein gezwungener Mensch", erklärte ein Kranker. Eine fremde Macht hat Gewalt über sie, unter deren Banne sie ganz stehen und handeln müssen; sie müssen tun, was andere wollen; andere Menschen haben Gewalt über sie; „ein anderer handelt in mir; wer das ist, weiß ich nicht", sagte ein Kranker. Ein anderer klagte: „Seit einem Jahre habe ich keinen Willen mehr, bin abhängig von anderen Leuten; mein Wille wird von Tag zu Tag schwächer; es ist ein schreckliches Fortwursteln; ich habe keine Kraft, ein anderes

Leben anzufangen.“ Ein Dienstmädchen meinte, sie bekomme Aufträge, wie wenn sie in Stellung wäre, sei schon daran gewöhnt.

Bisweilen wird die Willensbeeinflussung auf bestimmte Quellen zurückgeführt. Gott leitet den Kranken; er steht ganz unter dem Einflusse eines Kameraden; er „muß tun, was ihm vom Schwager durch Gedankenübertragung auf elektrischem Wege eingegeben wurde“. Eine Kranke fühlte sich dirigiert „von einem Herrn und einer Dame“, eine andere von ihrem Bräutigam, der sie bezaubere und mystische Maßregeln anwende, um sie zu fesseln; noch eine andere merkte, daß ein vorübergehender Herr Macht über sie habe. Ein Kranker meinte, man schicke ihm Leute, die Suggestionen studieren sollten und allmählich zur Hypnose übergingen; es werde an ihm probiert; ein anderer sah ein „Auge wie ein Halbmond, mußte ihm folgen; er hatte es geschworen“. Einer meiner Kranken, der sich von Behörden auf die Probe gestellt glaubte, bat diese in Gedanken vielfach inständig, nun doch endlich aufzuhören; er reiste über die französische Grenze, um zu sehen, ob dort die Eingebungen auch stattfänden. Als er sich überzeugt hatte, daß die Ströme die Grenze überschritten, wahrscheinlich durch Eisenbahnen und Telegraphen, hatte er nur noch den Wunsch, über das Meer zu gehen, um sich das Leben zu nehmen, falls auch durch Kabel die Fernwirkungen übertragen werden könnten.

Daß auch die einzelnen absonderlichen Handlungen in der Regel ohne weitere Begründung aus unwiderstehlichen Antrieben hergeleitet werden, haben wir bereits erwähnt. Der Kranke „muß“ sich hinlegen, „ein fremdes Wesen annehmen“, den Arzt anspucken, „Stellungen einnehmen“, „gehen, bis er nicht mehr kann“, „auf Befehl“ von einem Ort zum andern laufen, alles nachmachen, lachen, „auch wenn er traurig ist“; er „kann nichts dagegen machen“; er muß sich im Gesicht kratzen; „das wird gemacht“. Eine Kranke klagte, ihr fehle es im Kopf; der Verstand sei schwach; sie „redete dumm daher, hatte einen rechten Wahnsinn, mußte so Sachen dahermachen im Unverstand“. Hier und da kleiden sich die Antriebe zugleich in die Form von Gehörswahrnehmungen, ohne daß dadurch natürlich das Wesen des Vorganges verändert würde; Stimmen fordern den Kranken auf, dieses oder jenes zu tun, und er „muß alles machen, was sie verlangen“.

Aus diesen und zahllosen ähnlichen Äußerungen der Kranken

geht deutlich hervor, daß ihrem Denken, Fühlen und Handeln die Einheitlichkeit und namentlich jene dauernde, innige Abhängigkeit von dem Kerne der psychischen Persönlichkeit verloren geht, die dem gesunden Menschen das Gefühl der inneren Freiheit verschafft; „ich kann nicht zu meinem Willen kommen", äußerte ein Kranker. Wir werden annehmen dürfen, daß diese tiefgreifende Veränderung des Seelenlebens, die eine völlige Zerrüttung der Persönlichkeit bedeutet, an sich schon die Stellung des Kranken zur Außenwelt in entscheidendster Weise beeinflussen muß. Die natürlichste Schutzmaßregel des Schwachen besteht darin, daß er sich abschließt und verbirgt. Das mehr oder weniger deutliche Gefühl der inneren Unfreiheit und Ohnmacht, das bei unseren Kranken mit kindischer Beeinflußbarkeit ihres Willens einhergeht, könnte daher andererseits auch wohl eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen ihrer störrischen Abschließung spielen. Wenn die Willensstörung nach beiden Richtungen hin das Verhalten der Kranken beeinflussen kann und ihnen zugleich die Festhaltung einer einheitlichen Stellungnahme zur Umgebung erschwert, würde wohl auch das häufige Schwanken zwischen erhöhter Beeinflußbarkeit und starrem Negativismus unserem Verständnisse näher gerückt. Selbstverständlich dürfen wir hier, wie bereits ausgeführt, nicht etwa an bewußte Überlegungen denken. Vielmehr kommt nur die allgemeine Umwandlung der Persönlichkeit und ihres Verhaltens zu den Lebensereignissen in Betracht, wie sie durch die Wahrnehmung der eigenen inneren Unselbständigkeit bedingt wird. Wenn man will, kann man das Gefühl der Willenszerrüttung, das dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit unter Umständen sicher viele Jahre voraufgehen kann, als eine „Lebenswunde" ansehen, die keine Berührung verträgt und daher den Kranken veranlaßt, sich abzuschließen, meines Erachtens mit mehr Recht, als die Einwirkung sonstiger zufälliger Lebensereignisse. Jene Störung würde auch die Neigung mancher Kranken einigermaßen erklären, sich in Einbildungen einzuspinnen; wer den eigenen Willen und damit das Leben nicht zu meistern vermag, flüchtet gern in das Reich der Träumereien.

Wie die geistige, wird auch die praktische Leistungsfähigkeit der Kranken durch die Willensstörungen regelmäßig schwer beeinträchtigt. Sie stocken bei jeder Schwierigkeit, müssen immer



Fig. 159.
Absonderlicher Strumpf (Katatonie).

wieder angetrieben werden, arbeiten äußerst ungleichmäßig, machen vieles verkehrt, sind ganz unzuverlässig, verderben Material und Werkzeug. Eine gewisse technische Geschicklichkeit kann dabei immerhin erhalten sein. In ihren Handarbeiten macht sich vielfach der Verlust des Geschmacks in schreienden Farbenzusammenstellungen und absonderlichen Formen geltend. Ein Beispiel für die eigenartigen Kunstwerke der Kranken bietet die Tafel, die ein mit dicken Seidensträngen benähtes Taschentuch darstellt. Ferner gebe ich in Figur 159 einen Strumpf wieder, der von einer Kranken mit jahrelangem katatonischem Stupor gestrickt wurde; der daneben gelegte Maßstab beträgt 20 cm. Die Kranke strickte eine Reihe von Tagen einfach einen langen Schlauch, um dann auf die Aufforderung, den Strumpf endlich zum Abschlusse zu bringen, zunächst die beiden merkwürdigen Schleifen und weiterhin die Spitze anzufügen; dabei war die Arbeit im einzelnen tadellos. Manche Kranke liefern ganz verschrobene Handarbeiten, einen Handschuh aus Menschenhaar, leinene Bekleidungen für Pferdehufe, Puppen aus Watte. Auch die musikalischen Leistungen der Kranken pflegen den Untergang des künstlerischen Feingefühls in den bald



Mit Seide besticktes Taschentuch (Dementia praecox)

ausdruckslosen, bald willkürlich verzerrten Darbietungen deutlich zu zeigen. Nach Ablauf der stürmischeren Krankheitserscheinungen ist es vielfach möglich, die Kranken zu einfachen Leistungen wieder zu erziehen, die sie dann ohne Umsicht und Selbständigkeit, auch öfters mit allerlei Schrullen, aber doch mit maschinenartiger Regelmäßigkeit zu erledigen pflegen. Einzelne Kranke arbeiten, ohne Ermüdungszeichen oder Überdruß zu zeigen, so lange fort, bis man ihnen Einhalt gebietet.

In den Ausdrucksbewegungen der Kranken[1]) nehmen die allgemeinen Willensstörungen vielfach eigenartige Formen an. Dem Versiegen der Willensregungen entspricht das Schweigen des Mitteilungsbedürfnisses. Die Kranken werden einsilbig, wortkarg, sprechen stockend, verstummen rasch, erzählen nichts aus eigenem Antriebe, lassen alle Antworten mühsam aus sich herauspressen. Sie knüpfen keine Beziehungen an, kommen mit niemandem in eine Unterhaltung, stellen keine Fragen, bringen keine Klagen vor, geben ihren Angehörigen keine Nachricht. Sie schreiben keine Briefe oder solche ganz dürftigen Inhalts, brechen nach wenigen Zeilen ab. Auch ihr Gesichtsausdruck ist leer und stumpf; ihre Gebärden sind schlaff, spärlich und eintönig. Auf diesem Boden kommt leicht die Echolalie zustande, die sich in der willenlosen Wiederholung der gestellten Fragen oder sonstiger vorgesprochener Worte sowie im Einflechten aufgefangener Redebruchstücke in die eigenen Äußerungen kundgibt.

In den Erregungszuständen kann an die Stelle der Einsilbigkeit ein ungeheurer Rededrang treten, der jedoch nicht einem Mitteilungsbedürfnisse entspricht, sondern sich ohne jede Beziehung zur Umgebung zu entladen pflegt. Häufig sind Ausbrüche von unflätigem Schimpfen, gellendes Schreien oder Singen; ein Kranker blies tagelang Melodien auf einer Wasserflasche; viele Kranke führen Selbstgespräche oder antworten laut auf Stimmen, oft fluchend und schimpfend, namentlich auch in der Nacht. Ein solches, ziemlich erregtes Zwiegespräch eines Kranken mit seinen Stimmen gibt die folgende Nachschrift wieder:

„Was geht denn mich an, was Sie denken! Das geht mich gar nichts an, kann mir höchst gleichgültig sein. — Was? Ich muß das denken? Das muß

---

[1]) Mignot, Annales médico-psyhol., 1907, II. 1. Morawsik, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1907, 733.

ich gar nicht! Ich kann denken, was ich mag, und Sie denken, was Sie mögen! — Das wäre noch schöner? Nein, das wäre gar nicht noch schöner! Ich kann doch mit meinem Kopf anfangen, was ich will! Ich muß Sie durchaus nicht verstehen! Das ist lediglich Ihre Sache, wenn Sie Ihre Gedanken mir mitteilen! — Nicht ich bin krank — Sie sind der Kranke! Ich bin ein reales Vernunftwesen, und der Direktor treibt das infamste Spiel, treibt verbrecherische Fabrikation! — Was? Erschießen soll ich mich? Fällt mir gar nicht ein! Erschießen Sie sich, wenn Sie Lust haben! Ich tue Ihnen diesen Gefallen nicht! — Was? Ich bin dumm? Nein, Sie sind dumm; ich bin gescheiter, als ihr alle! Ich bin euch zu gescheit; deshalb wollt ihr mich da herin lassen. — Es hilft mich doch nichts? Das wollen wir sehen, ob es nichts hilft! Es gibt einen bayrischen Staat noch mit garantierten Rechten, und Sie kommen alle ins Zuchthaus! Von mir aus lecken Sie mich — —!"

Gewöhnlich macht sich in den Reden der Kranken sehr deutlich die Zerfahrenheit des Gedankenganges bemerkbar, wie wir sie früher geschildert haben. Die verschiedenartigsten Vorstellungen folgen einander in verblüffendster Zusammenhangslosigkeit, auch wenn die Kranken ganz ruhig sind. Ein Kranker äußerte: „Das Leben ist ein Eßlöffel", ein anderer: „Wir stehen bereit in der Spirale unter dem Hammer", ein dritter: „Der Tod will erweckt werden durch den goldenen Dolch", ein vierter: „Die eingesegnete Rede kann man in keiner Bewegung überspalten", eine Kranke: „Ich weiß nicht, was ich hier soll; es müßte das Augenmerk sein, das heißt zu stehlen mit den Herren."

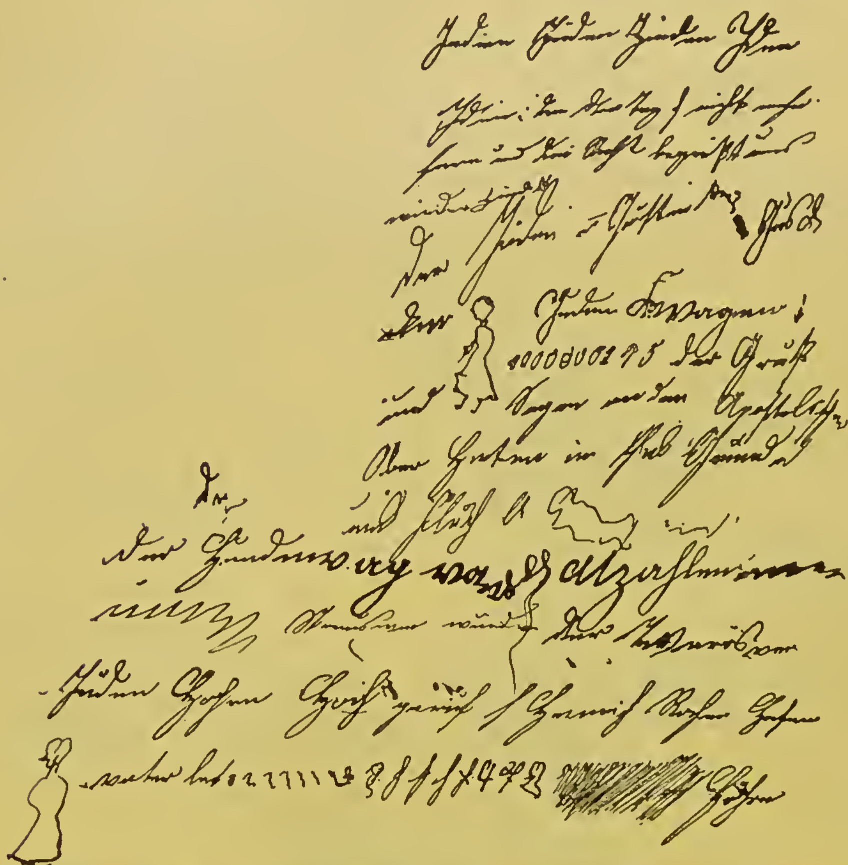
Einen guten Eindruck von dieser Zerfahrenheit gibt das als Schriftprobe 28 nachgebildete Blatt mit Aufzeichnungen eines Kranken, wie er sie in großer Zahl zu liefern pflegte. Schon die Anordnung des Schriftstückes, die in Größe und Form wechselnde Schrift, die unregelmäßige Gruppierung, die verschiedenartigen und verschiedenfarbigen Unterstreichungen lassen es absonderlich und unverständlich erscheinen. Im einzelnen haben wir ein buntes Gemisch von abgerissenen Worten und Satzbruchstücken vor uns, zwischen denen durchaus kein Zusammenhang besteht. Nur bemerken wir die Wiederkehr einzelner Bestandteile („Bau", „Baum", „Hauptbau", „Charakter", „Wortschatzbuch", „Wort—stiel—baum", „Geist—Stoff", „Haft", „wahrhaftigste", „fort"). Bemerkenswert ist ferner die manierierte Verwendung der Trennungsstriche („Bau-m", „Grama-tik", „Or-tho-graphie") und Ausrufungszeichen („!!Weide!!", „!!Werde!!"), das Hinaufrücken der letzten Buchstaben in zahlreichen Worten, endlich die unter den übrigen Aufzeichnungen

sonderbar anmutende Bemerkung „(sig-ste—was??)“ und das flüchtig querüber geschriebene: „grundfalsch“.

Schriftprobe 28. Zerfahrenheit (Dementia praecox).

Noch zerfahrener ist das folgende Schriftstück (Schriftprobe 29). Allerdings sind hier noch einzelne zusammenhängende Worte ent-

zifferbar („der Tag s nicht mehr fern und die Nacht begrüßt uns wieder", „der Gruß und Segen von den apostolischen Ober"), aber dazwischen finden sich unverständliche Buchstabenanhäufungen regellos eingestreut, kindliche Zeichnungen, einzelne buchstabenähnliche Zeichen und Zahlen, eine Gruppe gleichförmiger Striche, die ebenso wie das in allerlei Abwandlungen wiederkehrende Wort „Juden", „Gus—Gruß—Grund", „Hohen—Hoch—Höhre"



Schriftprobe 29. Zerfahrenheit mit Stereotypie (Dementia praecox).

die Neigung zum Haften von Schreibbewegungen deutlich hervortreten läßt. Zu beachten ist auch hier die außerordentliche Unregelmäßigkeit der Schriftzüge.

Auch in den Zeichnungen der Kranken tritt regelmäßig die Zerfahrenheit einerseits, das Haften der Bewegungsantriebe andererseits hervor. Die Figur 160 gibt eine der sinnlosen, spielerischen Zeichnungen wieder, die ein Kranker täglich in großen Mengen lieferte; es sind wunderliche Stricheleien und Schnörkeleien mit

Andeutungen von Stereotypie. Sie entsprechen vollkommen dem, was Pfersdorff als Metamorphosen bezeichnet hat; es waren endlose Abwandlungen der gleichen, immer wiederkehrenden Grundformen. Das zweite Beispiel, Figur 161, erweckt auf den ersten Blick den Eindruck einer Federzeichnung, besteht aber auch nur aus sinnlosen Stricheleien. Daneben finden sich Aufzeichnungen mit schriftlicher Verbigeration, Aufzählungen und Wortspielereien („Irre—Irrengarten—Irrenspaziergänge, Irrenreichman" usf. „Irrenwurz—Eierwurz", „Abtritt—Pissoir, Latrine—Scheißkerle", „Lukretia, Metardus, Onophrius, Primus—Benignus"). In die meist zierlichen

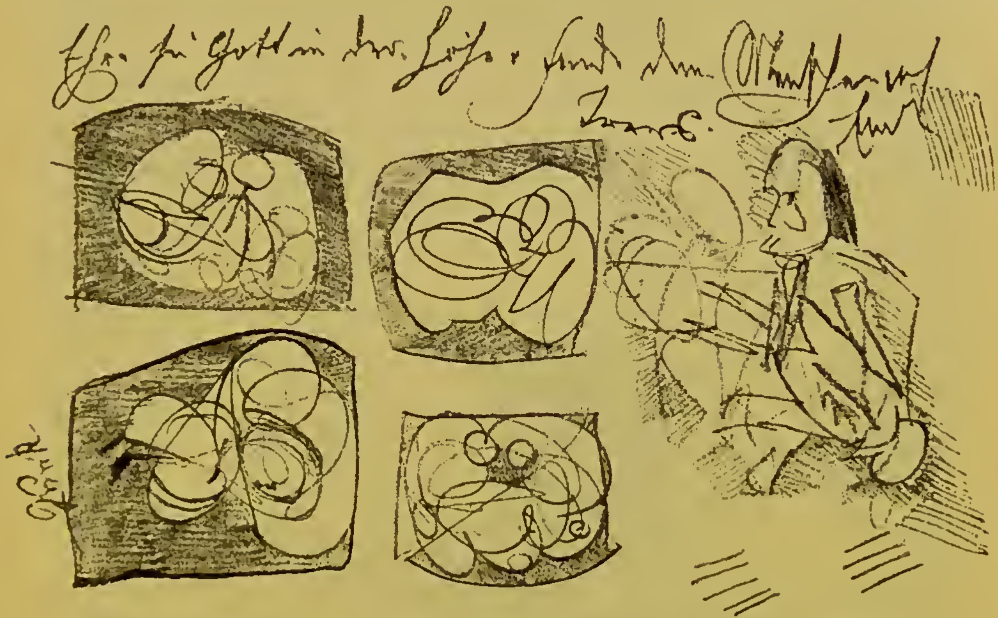


Fig. 160. Zeichnungen bei Dementia praecox (Metamorphosen).

und regelmäßigen Schriftzüge schieben sich solche ganz abweichenden Gepräges ein. Auch das dritte Beispiel (Figur 162) zeigt neben der verblüffenden Unsinnigkeit und Geschmacklosigkeit des Entwurfes die einförmige Wiederkehr der gleichen Einzelheiten, endlich die zerfahrenen Inschriften, in denen „Semiramus", „Jeremias", „Apollo" mit „Ludowicum Napoleon", „Markus", „Chamisso" und „Woltaires" vereinigt sind.

Als ein gewisses Bindeglied in den zerfahrenen Äußerungen der Kranken lassen sich hier und da Gleichklänge erkennen. Die Kranken reimen „Ott—Gott", „simbra—umbra"; sie spielen in sinnloser Weise mit Worten und Anklängen. Ein Kranker sprach

von „Ehebrecher und Beinbrecher", ein anderer von „verhört und verstört", ein dritter von „Sauspiel und Schauspiel". Ein vierter erklärte sein Spucken mit „Zufluß, Einfluß und Ausfluß"; ein fünfter meinte: „jetzt müssen Sie mich herunterfragen, damit es wieder heruntergeht", ein sechster: „Ich bin der Besitzer und Ihr seid die

Fig. 161. Sinnlose Zeichnung (Dementia praecox).

Schwitzer"; ein siebenter wünschte „Vorrichten statt Nachrichten"; ein achter bezeichnete sich als „Gottes Sohn und Gottes Schwur"; eine Kranke sprach von Albicocca, Kokken, Kokain.

Wie der Gedankengang durch Wortspielereien unterbrochen werden kann, zeigt folgende Niederschrift eines jugendlichen Kranken, der sich viel mit Schreiben vergnügte:

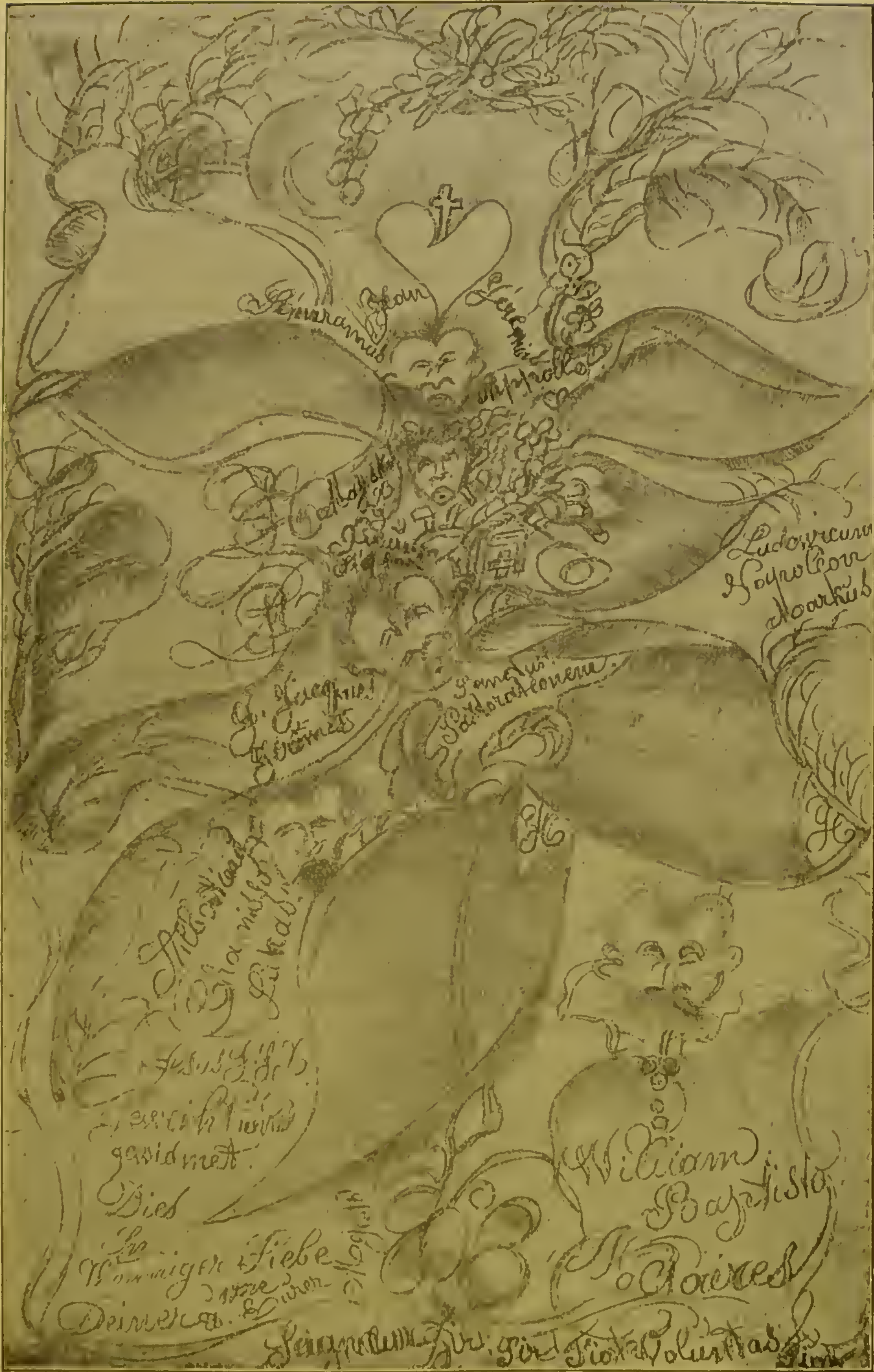


Fig. 162. Verschrobene Zeichnung (Dementia praecox).

„da droben auf dem Gebirge war einmal ein Jäger aufgefunden worden. Auf der Felsenwand in der Nähe der Sennhütte, Senner und Sennerin hat ein eines schönen Tages ein von Felsenwand achazant drihahol drietal am droben auf der Wand. Vesuv, Vilz, Ventus, Verlend, Vaterland, Vrist, Vogel Veinstningerstadt, Venus Vondertan Vogt, Vugler Vangfisch Vidtrich Versendung Viendling Vach Vieh Viehzucht Versicherung Velzler Vanter, Ente Entrich, Elsass Erlangen Eidling, Eidschwur Eid Endlang Esel Ellenbogen Eiter, Edling Entdeckung Erfindung, Erdboden Erdenhügel Erdenwall Engel (folgen noch 47 mit E beginnende, zum Teil ganz unsinnige Wörter, dann 32 Wörter mit U, 35 mit K; daran schließt sich die Wacht am Rhein, „Morgenrot", „Zu Straßburg auf der Schanz", „ich hab' mich ergeben", „der gute Kamerad", endlich 127 Wörter mit K, 22 mit P, 2 mit A, 2 mit B, 3 mit Sp, 15 mit W.)

Neben der rein äußerlichen Anknüpfung der Vorstellungen durch den gleichen Anlaut tritt hier deutlich das Haften an der einmal auftauchenden Gedankenrichtung hervor.

Die Stereotypie zeigt sich in der häufigen Wiederkehr derselben Wendungen, die mitunter „totgehetzt" werden. Ein Kranker fügte überall hinzu: „Das gibt's bei uns Deutsche net"; ein anderer antwortete immer: „Gewiß, gewiß"; eine Kranke flocht regelmäßig „bitt schön" ein. Ein weiteres, kennzeichnendes Beispiel gibt die folgende Nachschrift:

„Ein venerisches Feldherrentalent, ein venerisches Arzttalent; Sie haben über zu sein, wenn ich will. Die Anstalt ist ein renerisches Feldherrentalent; ist sie nicht über, ist sie nicht über; sie ist nicht renerisch, über zu sein; dann bin ich aber der L., wo ich über zu sein bin. Ich bin über zu sein, was ich bin. Jeder Anstreicher ist hier am Geiste zu sprechen. Sie kommen hinausel; das ist ja über Esel, hinausel! Und da ist dieser renerische Maler; so tappig ist er am Geist zu sprechen, 17—18 Jahre alt, über zu sein, was ich bin. Kein vernünftiges Wort ist über zu hören im Geist. Einer muß über werden. Kommt da ein Baron, so ein Baron, der über sein will; der ist gar nicht über. Der ist ja gar nicht über zu sein, was ich bin; der B. ist nicht über; der ist eigentlich über was ganz gefährlich über zu sein . ."

In diesem sinnlosen Gefasel werden einzelne Worte und Redensarten bald einförmig, bald mit allerlei Abwandlungen immer wieder vorgebracht, namentlich das „über sein", „venerisch-renerisch", „Arzttalent — Feldherrntalent", „was ich bin", „im Geist — am Geist", „hinausel".

Ist die Stereotypie noch stärker ausgesprochen, so entsteht die Krankheitserscheinung der Verbigeration, der endlosen Wiederholung derselben Sätze, meist in taktmäßigem Tonfall. Eine Kranke wiederholte von 7—$^1/_2$10 Uhr folgenden Satz:

„Ich bitte Sie, bringen Sie mich in ein anderes Bett, in das Bett, wo gestern angemacht worden ist; sonst komme ich nicht mehr aus der Hölle heraus. Jesus, lieber Meister mein, laß mich dir treu empfohlen sein; führe mich die rechte Bahn, ach führe mich doch himmelan. Sie sind meiner Mutter ihre Kammerjungfer, und meine Mutter ist auch da."

Scheint hier die endlose Wiederholung durch die Gebetform noch teilweise erklärt zu werden, so zeigen die folgenden, von derselben Kranken stammenden, verbigeratorischen Beispiele deutlich, daß es sich um einen einförmigen, triebartigen Rededrang handelt: „Mutterle, führ mich ums Kirchlein herum bin um uns um zu verfüttern", „Zar mein Milchen ums Eckbrett in alle Zimmer". Bisweilen wird auch ein sinnloses Silbengeklingel verbigeriert. Ein Kranker knüpfte an das ihm zugerufene Wort „Bett" an:

„Bett, Bett, Bett, dett, dett, dett, ditt, dutt, dutt, daut, daut, daut, dint, dint, dint, dutt, dett, datt. Wenn ich angefangen habe, fahre ich fort bis zu Ende.". „Behindelt, bedandelt, bedundelt, bedindelt und bedandelt, umgewandelt, umgedandelt, umgewandelt, umgedandelt. Krone, Krone, Krone, gekrönt, gekrönt, gekrönt, gekrant, gekrant, gekrant, beschwant, beschwant, beschwant, sie sind beschwant und sind belohnt, sie sind betont, betonen, betonen, betonen, sie betonen, sie belohnen." „Es muß halt so sein, wenn es herauskommen soll."

Auch in den Schriftstücken finden wir die Stereotypie wieder, sei es in häufigem Wiederauftauchen der gleichen Ausdrücke und Wendungen, sei es in ungezählter sklavischer Wiederholung derselben Striche und Worte, bisweilen mit gewissen Abwandlungen. Ein derartiges Beispiel liefert die Schriftprobe 30. Bemerkenswert ist hier neben dem sinnlosen Haften die absonderliche Rechtschreibung („God" statt „Gott", „Godhatz", „Godwilz", „Godiche kannz nicht Anders", „Willenz", „Sollenz", aber „Müssens"). Weniger aufdringliche Stereotypie zeigen die Schriftprobe 29 sowie die Figuren 160, 161 und 162. Aus dem später zu besprechenden Schriftstücke eines Kranken, das zum Teil aus sinnlosen Silbenanhäufungen besteht, entnehme ich folgenden Ausschnitt, der die Einförmigkeit solcher Erzeugnisse dartun mag:

„Von allen Rocky-Mountygrenzen: in der ganzen Welt: 9 Klm. (nach allen Maßen). Von allen Cataloniengrenzen: in der ganzen Welt: 9 Klm. (nach allen Maßen). Von allen Hispanien-Neuspanien-San Juan — in der ganzen Welt: Seiten: Mittelpunkt: Ecken: u. s. w. 9 Klm. (nach allen Maßen). Von allen San-Salvator: in der ganzen Welt: (Mittelpunkt: Ecken: Seiten: 9 Klm. nach allen Maßen)" usf. In gleicher Weise geht es weiter: „Von allen Mooderfontein", „Transvaal", „Zinninseln", „Johannesburg", „Gewürz-

inseln", „Zimmtbauminseln", „Unter allen mit Gras bewachsenen Rainböschung", „unter allen europäisch-asiatischen Kap", „Von allen Cappadocien: grenzen", „Baotokutengrenzen", „Kanea-Kretagrenzen", „Karfunkel (Amethist) gruben", „Kaplandplätzen", „Garibaldis Ziegeninsel", „Unter allen Cottillontanzplätzen", „Panamarepublikgrenzen", „unter allen Panamaskandalplätzen", „allen Lumpenfabriken", „allen Minen", „Adelaideplätzen" usw. usw., regelmäßig mit dem Zusatze: „überall in der ganzen Welt: 9 Klm. (nach allen Maßen)".

Es handelt sich bei dieser unsinnigen, sich in allen Einzelheiten

Schriftprobe 30. Stereotypie (Dementia praecox).

endlos wiederholenden Aufzählung um das Gelände, das der Kranke „selbstverständlich" für sich und seine Kinder in Anspruch nimmt.

Der Negativismus zeigt sich auf dem Gebiete der sprachlichen Ausdrucksbewegungen einerseits im Verstummen, andererseits im ablehnenden oder ausweichenden Antworten. Manche Kranke beantworten jede Frage mit einer Gegenfrage oder mit: „Wie?", um dann vielleicht ohne weiteres zutreffende Auskunft zu geben; andere wiederholen einfach die Frage. Vielfach erhält man nichtssagende, unbestimmte oder gänzlich beziehungslose Antworten. Deutlicher tritt der Negativismus hervor, wenn die Kranken auf alle

Anreden antworten: „Ich weiß nicht" oder „das brauche ich Ihnen nicht zu sagen", „das wissen Sie selbst schon"; eine Kranke erwiderte ständig: „ich weiß ja doch alles, oui, oui". Häufig kommt es zum „Vorbeireden". Ein Kranker entgegnete auf die immer wiederholte Frage: „Wie geht's?" nacheinander: „Auf der Brücke", dann „Senfkörnlein", ferner „Gebetbuch", endlich: „Gar nicht; ich sitze".

Bisweilen schweigen die Kranken hartnäckig, so lange man sich mit ihnen beschäftigt, und beginnen zu reden, wenn man sich von ihnen abwendet, oder sie setzen an zum Sprechen, bringen auch einige Worte vor, brechen aber dann plötzlich ab und sind zu keiner weiteren Äußerung zu bewegen; einzelne Kranke sprechen wohl mit bestimmten Personen, sind aber anderen gegenüber völlig unzugänglich. Viele Kranke sprechen leise, bewegen kaum die Lippen, murmeln unverständlich vor sich hin. Schließlich kommt es zu völliger Stummheit, die Monate und selbst Jahre andauern, aber unvermittelt durch Ausbrüche heftigsten Schimpfens oder Schreiens durchbrochen werden kann. Unter Umständen äußern sich die Kranken dabei noch schriftlich, bisweilen in umfangreichen, meist sehr verworrenen Auslassungen; ein Kranker gab an, er schreibe, weil er die Worte nicht gleich finden könne. In der Regel aber werden auch die schriftlichen Äußerungen durch den Negativismus unterdrückt. Die Kranken sind überhaupt nicht zum Schreiben zu bewegen, oder sie brechen nach wenigen Buchstaben ab, fahren spielend über das Papier, kritzeln nur einige unverständliche Schnörkel hin, tupfen taktmäßig mit dem Bleistift auf die Unterlage. Bei Schreibdruckmessungen sieht man bisweilen ein fortschreitendes Sinken des Druckes, das entweder auf ein einfaches Versagen der Willensspannung oder auf negativistische Störungen zurückzuführen ist. Ein Kranker schrieb lateinische Spiegelschrift, damit es niemand lesen könne.

Auch die sprachlichen Ausdrucksbewegungen scheinen den Kranken öfters unter der Herrschaft fremder Gewalten zu stehen. Wir haben schon früher angeführt, daß manche Kranke nicht bloß denken, sondern auch aussprechen müssen, was ihnen eingegeben wird. Andere „müssen" schreien, „rasen und schimpfen", plötzlich „Halleluja", „Pfui" oder „Kaiser und König" rufen; ein Kranker „mußte" unwillkürlich „Bambergerisch sprechen". Ebenso können die Kranken bisweilen deswegen nicht antworten, weil es ihnen die Stimmen verboten haben.

Ein besonders wichtiges Gebiet der Sprachstörungen in der Dementia praecox sind endlich die Entgleisungen des sprachlichen Ausdrucks. Schon die äußere Sprache kann in der mannigfachsten Weise durch Neben- und Querantriebe verändert werden. Die Kranken sprechen brüllend, kreischend, murmelnd oder flüsternd, kaum die Lippen bewegend, mit geschlossenen Zähnen, öfters plötzlich von leisem Flüstern zu überlautem Schreien übergehend. Der Fluß der Sprache ist häufig überstürzt, schnell, auch bei leisem Sprechen, manchmal ganz unregelmäßig wechselnd, oder die Rede wird stoßweise abgehackt, taktmäßig, in scharfer rhythmischer Gliederung vorgebracht. Der Tonfall entbehrt oft der Hebungen und Senkungen, der sprachlichen Melodie; auch die Klangfarbe der Stimme kann verändert sein; die Kranken sprechen in Fistelstimme, näselnd, in künstlichem Baßtone, gehen unvermittelt aus einer Tonlage in die andere über. Mignot macht mit Recht darauf aufmerksam, daß den Wandlungen in Tonstärke, Tonhöhe, Schnelligkeit und Rhythmus bei unseren Kranken durchaus jene enge Beziehung zu Vorstellungsinhalt und Stimmung fehlt, die beim Gesunden die Stimme zu einem so schmiegsamen Ausdrucksmittel innerer Zustände macht; die einzelnen Eigenschaften der Lautsprache ändern sich unabhängig voneinander und von den Seelenvorgängen, von denen sie sonst beherrscht zu werden pflegen.

Weiterhin schieben sich in die Rede nicht selten schnalzende, schmatzende Laute ein, Schnüffeln, Schnauben, meckernde Flickworte, stehende Redensarten in ermüdender Wiederholung. Manche Kranke sprechen geziert mit übermäßig deutlicher Aussprache, unter Verdrehung einzelner Buchstaben und mit unsinniger Betonung, andere absichtlich kindisch-unbeholfen, gesucht nachlässig, undeutlich, verwaschen, oder in gröbster Mundart, wieder andere unter Anhängung von Verkleinerungssilben oder mit anderen willkürlichen Zutaten, noch andere in salbungsvollem Predigerton. Ein Kranker verstümmelte und verdrehte die Worte, sagte „glank" für „krank", „nuten Hag" für „guten Tag", „Feinbeg" für „Heidelberg", sprach vom „Soktor" und „Notessor". Manche Kranke antworten singend; eine Kranke sang Reden und Antworten.

In den Schriftstücken findet sich willkürliche, absonderliche Anordnung, schrulliger Mißbrauch der Satzzeichen, selbsterfundene

Rechtschreibung. Die Buchstaben zeigen meist ein sehr wechselndes Gepräge, sind bald groß, anspruchsvoll, bald klein, kritzelig, bald unregelmäßig, fahrig oder abgezirkelt gleichförmig, wie schon die oben wiedergegebenen Schriftstücke erkennen lassen. Manche Kranke schreiben Spiegelschrift. Gregor fand bei seinen Untersuchungen Verlangsamung der Schrift. Auch der Schreibdruck bietet vielfache Schwankungen dar. Gross konnte bald sehr hohe, bald sehr niedrige Druckwerte feststellen, ferner Verlängerung der Pausen, endlich außerordentlich starke Schwankungen aller Werte selbst innerhalb ganz kurzer Zeiträume, ein Zeichen der großen Aufmerksamkeits- und Willensschwankungen bei unseren Kranken.

Weit bedeutsamer aber sind die Störungen der inneren Sprache, der Umsetzung von Vorstellungen in sprachliche Ausdrucksbewegungen. Die Betrachtung der Sprachstörungen des Traumes hat gezeigt, daß die Mannigfaltigkeit solcher sprachlicher Entgleisungen eine sehr große ist. Leider besitzen wir über die entsprechenden Erscheinungen bei der Dementia praecox noch keine ausreichenden Untersuchungen; dennoch scheint mir, daß uns hier die wichtigsten dort beobachteten Abweichungen in überraschender Ähnlichkeit wieder begegnen. Allerdings ist die Schwierigkeit der Deutung ungleich größer, da wir, anders als im Traume, nur selten feststellen können, was der Kranke eigentlich hat sagen wollen.

Zwei Hauptformen der paraphasischen Störungen werden wir vor allem auseinanderzuhalten haben, einmal die Entgleisungen der Wortfindung, sodann die Störungen der zusammenhängenden Rede. In der ersten Gruppe kann es zunächst zu einer einfachen Verstümmelung, Abänderung oder teilweisen Verschmelzung gebräuchlicher Worte kommen. Eine Kranke sagte: „Ich schäm" statt: „ich schäme mich"; ein Kranker klagte, er sei „schmerzend, schädigt und genötigt"; ein anderer sprach von „Reglierung". „Das Herz ist schwankig", „hilfbar" statt „hilfsbereit", „Zaubrigkeiten" statt „Zauberei", „direktiv" („kann ich nichts aussagen") statt „direkt" sind Beispiele von Wortumbildungen. Ein Kranker sprach vom „Wundneiarzt", indem er offenbar „Wundarzt" und „Arznei" zusammenbrachte; ein anderer fühlte sich „kopfbewußtlos", „unbewußtlos".

Ein zweiter, im Traume häufiger Vorgang, der Ersatz eines Wortes durch ein anderes, ihm meist klanglich oder begrifflich

ähnliches, der auch bei der gewöhnlichen Paraphasie eine große Rolle spielt, läßt sich bei unseren Kranken schwer verfolgen, da der Sinn solcher Äußerungen meist nicht erkennbar ist. Wir dürfen aber wohl vermuten, daß so manche unverständliche Ausdrücke der Kranken durch paraphasischen Wortersatz entstehen. Sie sprechen vom „Totenwahn", vom „Mondteufel", vom „Dolchmesser mit Hochzeitszettel", vom „sozialdemokratischen Jagdstock", vom „souveränen Neuner", „Papstneuner". Ein Kranker arbeitete „mit dem Vernunftgott"; einer fühlte sich „gaumenschwach"; einem dritten kam etwas „schwarzwälderisch" vor; ein vierter erklärte: „Ihr seid Unterwalder"; ein fünfter bezeichnete die Ärzte als „Falschzugeschworene"; ein sechster erzählte, ein „Wecker vom Kriegsgericht" sei dagewesen; eine Kranke klagte, daß an der „Frevelschnur" gezogen werde. Ein Kranker beschwerte sich, daß seine Sinne „eingehalten" würden; „die vier Sinne hat mir der Herr Dr. eingeholt".

Andeutungsweise begegnet uns hier schon eine weitere Form der paraphasischen Entgleisungen, die bei der Dementia praecox eine sehr große Ausdehnung gewinnen kann, die Wortneubildung. In mehreren der angeführten Beispiele handelte es sich bereits um neue, unverständliche Worte, aber sie waren doch aus sinnvollen Bestandteilen zusammengesetzt („Papstneuner", „gaumenschwach", „Frevelschnur"). Es können aber auch ganz sinnlose Silbenfolgen vorgebracht werden, hier und da noch mit Anklang an wirkliche Worte. Ein Kranker sprach vom „Gestübe und Angstbetrieb", ein anderer vom „Totendumpf", ein dritter von der „Lebepuppe", ein vierter von der „Oxypathie", an der er leide; ein fünfter wurde „krikeliert"; ein sechster wollte nicht „zur Tätowie" gehören; ein siebenter faselte in unverständlicher Weise von „Reichsleben und Gerichtsleben". Eine Kranke verlangte hartnäckig „ihre Scheidung, ihr Amtsgericht, ihr Jahr 1888, ihre Sallesichten und Sarasichten"; eine andere beklagte sich über das „Physizieren und Mechanisieren", womit sie zweifellos geschlechtliche Belästigungen andeuten wollte. Manche Wortneubildungen mögen, wie das im Traume vorkommt, Ausdrücke für verwickeltere oder krankhafte Vorstellungen sein, für die keine Worte vorhanden sind. Bildungen wie „Äquinoktialhimmelskönigskind", „Wasserpädagogium", „Bombardongehör", „Verkörperungsunternehmen" legen eine solche An-

nahme nahe. Ein Kranker erklärte, daß er „auf dem Luftkompressionswege" nach Konstantinopel reisen werde; ein anderer hatte „bengalische Gehirnerweichung durch Simulantenbehandlung"; eine Kranke sprach von der „Gliederauswachsung", dem „Blutvergiftungswasser".

Die Neigung zu Wortspielereien und Wortneubildungen kann bei unseren Kranken derart überhand nehmen, daß sie in ein gänzlich unverständliches Kauderwelsch verfallen; meist wird es dann von ihnen als eine fremde Sprache ausgegeben, die auch wohl durch kleine Änderungen im Silbenklang in eine beliebige andere umgewandelt wird. Ein Kranker nannte als seinen Vornamen: „Detscheneinaninadrenn". Ein anderer bezeichnete sich als „Jesasus Christasusäsus Heilandasus" und schrieb als seine Adresse nieder: „Aewa owa Ouwou Aewouwio sanco to totosaak saakiou sahaia siri tou toutou. Hoch Waïowauoxyowiüowäüoxyoohoeho hächi hihi"; es war der Name seines Schlosses. Ein weiteres Beispiel gibt folgendes Bruchstück aus einer zunächst völlig geordnet beginnenden Eingabe an das Amtsgericht:

„Urrass Asia peru arull pelluss Pisa anuell pelli.
Madrass ihsa Peru parell mull illuss thesu thariass mehluss pinta aperu allesa, medut prusa exel ill Farrawell.
Cap Nansen ell Pisa uruhl nell palle ixo piso panthe alluss pesass esu tull maxima perrett ill panse arruse ill perrell Thatciduss usa ihru maltell pe uxa thyrra, pia apentia ruhsa iss theto, cralluss Asia peni vendi arrull, mesa. Uss Adda pia mellu Exter a probro: Mess Killian esu panem Dante, illo pisa thesu arrendt, mess pasi Ural pill palli mesa essu Acus Cantone, ell Albydill Anschill, Kulla Apia Nestor." usf.

In diese sinnlose Silbenfolge sind eine Anzahl von richtigen oder etwas umgewandelten Eigennamen eingestreut („Asia", „Pisa", „Madrass", Peru, Nansen, Adda, Exter, Killian, Dante, Ural, Apia, Nestor, Farrawell, Thatciduss, Albydill); einige (Pisa, Asia) kehren wieder, ebenso eine Reihe von anderen, neugebildeten Worten (arull, perell, ill, thesu, mesa, esu, pia). Daneben finden sich zahlreiche Anklänge (pellus — pelli — pill — palli, mehluss — alluss — cralluss, arull — uruhl — arruse — ruhsa, peru — perell — perrett, pinta — panthe — apentia — peni — panem — pasi), aber nicht in unmittelbarer Folge, sondern, wie die Wiederholungen, regellos über die ganze Reihe zerstreut. Bei Wiedergabe des ganzen, umfangreichen Schriftstückes würde das noch viel deutlicher geworden sein. Ein innerer

Zusammenhang ist nur insofern erkennbar, als die eingeflochtenen Namen sämtlich Städte, Länder oder Personen bezeichnen; bei Farewell („Farrawell") und Cap Nansen könnte vielleicht auch noch eine engere Beziehung gefunden werden. Der Kranke hat sein Kauderwelsch abgebrochen mit der Bemerkung: „Jetzt abermals zur Sache" und schreibt dann von seinen „Entdeckungen", unter denen eine Menge von Erdgegenden angeführt werden; den Schluß bildet neues Kauderwelsch wie oben. Im Mittelsatze findet sich folgende Wortspielerei: „Puntas: Punte: Punto: Punti: Punta: Puntes: Puntal: Puntales: Punto: Puntu: Puntel: Puntelus:"

Bisweilen kommt es zu sinnlosen Reimereien, wie in folgender Nachschrift:

„Sei ruhig, ich werde ein lichter Träger mit seiner dummes Zeug Kläger — er fetter schon die Arm im Schnauzen mit seiner gimmen guten Bauzen. Er hat nicht schlucken voll Erbarmen aus voller Schmerz in seiner Karmen — Von Lichter schlägt er mir die Lichter in Donnerwetter Höllenrichter, ein Donnerwetterrichter, ein schwarzer Seljon ein Secht in meine Hinterlader spricht einst ein junger halb in Krater. Ein Vater Himmel Donnerwetter Licht — ich lade alle Teufel aus und trug die Höllenmarke naus" . .

Diese gänzlich unverständlichen, mit Wortneubildungen, Anklängen, Reimen und Wiederholungen durchsetzten Reden erinnern sehr an die sprachlichen Äußerungen des Traumes wie an das Ablesen der Alkoholdeliranten vom leeren Blatte. Das gleiche finden wir im nachstehenden Schriftstücke wieder:

„Weiß blau bin ich gnau soh der Pfau. Weiß und gelb soh die Quell. Schwarz und weiß soh das Eis. Rot und schwarz soh der Baß und soh das Faß. Weiß wieh Schnee rot im Kleeh soh die Höh oh welches Glück. Mäuschen grau rot und grau rot und blau. Wenn und wann soh die Tann. Holz zum Kranz soh der Tanz. Mäuschen gleih soh das Blau . ."

Noch absonderlicher fast muten uns die lyrischen Gedichte an, die eine Kranke in selbsterfundener Sprache verfaßte, obgleich sie sich für gewöhnlich ohne Schwierigkeit auszudrücken vermochte; ich setze wenigstens einen Vers hierher:

Stanzuru vimmt den Bark zum Obendrob
Heuschend lagert ein Bigart im Striehen Obss
Leulend, lagernd, bimmt die Bimbii im Hyurisch
Bordent blickt Aug im Drugsag des Auggehoks
Rastend blickt die Staniza im Herz eingelallt
Schwächend irrt Corpus im trausen Lauf gedalt
Zu einem armen kranken Cornt von Erdgedob.

Einzelne Wörter („Bark“, „lagert“, „blickt“, „Aug“, „rastend“ „Herz“ usw.) sind noch verständlich; meist aber handelt es sich um ganz sinnlose Wortneubildungen. Zugleich ist eine gewisse Neigung zu Gleichklängen und Klangspielereien nicht zu verkennen („vimmt —bimmt—Bimbii“, „Obendrob—Erdgedob“, „Stanzuru—Staniza“, „Aug—Auggehocks“, „Corpus—Cornt“, „eingelallt—gedallt“, „heuschend—leulend—lagernd—bordent—rastend—schwächend“).

Nicht minder merkwürdig, als die Störungen der Wortfindung, sind diejenigen, welche die Gestaltung der Rede in krankhafter Weise beeinflussen. Zunächst haben wir es mit jenen Entgleisungen der sprachlichen Gedankenprägung zu tun, die wir als Akataphasie bezeichnen. Dabei finden die Kranken entweder für ihren Gedanken nicht den zutreffenden Ausdruck, sondern bringen nur eine ähnlich klingende Wendung („Verschiebungsparalogie“) hervor, oder sie geraten mit ihrer Rede in ein ganz anderes Fahrwasser („Entgleisungsparalogie“). Ein Kranker meinte, er sei „gänzlich kopflos am Datum“ für „er wisse das Datum nicht“; ein anderer klagte, er „lebe unter bedeckter Schutzmannschaft“ statt „unter Bedeckung durch Schutzmannschaft“; ein dritter erklärte seinem Vater, er „sei der größte Justizmord“ statt „an ihm werde der größte Justizmord verübt“. Ganz ähnlich bemerkte ein Kranker, er sei „die Verstellung in aller Art“ statt „er habe sich auf alle Art verstellt“. Ein weiterer Kranker äußerte, er habe „die Braut noch immer in der Ansprache“ statt „die Braut spreche ihn (durch Stimmen) noch immer an“; eine Kranke behauptete, sie wisse es „im Wunder“, daß ihr Vater ein Priester sei, statt „sie habe es auf wunderbare Weise erfahren“. Hierher gehört auch die obenerwähnte Wendung eines Kranken, er „töne mit Gott“ statt „er höre Töne von Gott“, ferner die Äußerung eines anderen, er sei „im versuchsweise approbierten Fache unterrichtet worden“.

An ein Abgleiten der sprachlichen Gedankenprägung auf sich eindrängende Nebenvorstellungen dürfen wir wohl schließen bei den Äußerungen: „Ich habe aufgehängten Appetit“, „ich habe freiwilliges Augenleiden“, „Sie werden am Kopfe eingefädelt“, „ich bin nationalliberal verjagt“. Ein Kranker meinte, daß er getanzt habe, „liege in der Beschämung“. Zu dieser Gruppe sind vielleicht einige der verblüffend unsinnigen Aussprüche zu rechnen, die oben als Beispiele für die Zerfahrenheit der Reden unserer

Kranken angeführt wurden, und die anscheinend ein 'sinnloses Wortgeklingel' darstellen. Ein Kranker gebrauchte viel das Wort „Log" und erklärte, das sei abgekürzt aus „Logik", worauf er entgleisend fortfuhr: „Lot-Überlog-Unterlog; Philologen haben sich überlebt; das sind individuelle Ausdrücke." Die Beziehung zu den Klangspielereien ist hier deutlich.

Eine weitere Form der Beeinträchtigung der Rede erwächst aus Störungen des Satzbaues. In dem früher gegebenen Beispiele von Zerfahrenheit des Gedankenganges ist an verschiedenen Stellen auch die Satzgliederung gestört („Ehemalige Bedienung, und dann tut sie es", „Ich, und das ist auch so kurios, also die Nonne", „ich solle von M. gekommen, weil immer etwas passiert, Fuß gebrochen oder was, haben sie es miteinander gehabt", „wie ich das endlich von den das besonders glaube"). Ein Kranker schrieb auf einen anonymen Brief die Wendung: „Mortimer in bezug auf zwei Könige"; ein anderer meinte, er sei traurig „der nationalökonomischen Interessen halber, den äußeren Verkehr betreffend." Bei stärkerer Störung kann sich das Sprechen im Telegrammstil unter Verzicht auf alle entbehrlichen Satzteile, schließlich ein völliges Schwinden der sprachlichen Gliederung herausbilden. Ein Beispiel dafür liefert die folgende Eingabe an das Gendarmeriekommando, die als „Kabinettsache Rechtschaffenheit" bezeichnet ist:

„Von Gottes Gnaden sind der Kaiser heutiger Geistesanalogie „in spiritu" radikaleidlicher Untertanen probater Alarmgenugtuung meingestempelter Mannesgesinnung „Zentrum Kalvin" akademischen Geburtsstempels kriegspflichtiger Parteianalogie deklarativen Eigentumsherkömmlich redlicher Pfalzdespotie Allerhöchster Rechtschaffenheit „Gegengesinnung" freiverständig standesausländischen Erwerbsrechtes geldsolidarischen Gesetzeskontraktes psychiatrischer Wahrheit vergessenen Wundfiebers frugal kaiserlicher Bureaukratie obligationskapitalprofitabler Christenverfolgung ganz gehorsamst S., kaiserlicher Parlamentär I. V. Dienstgeschnürtes Prisensiegel. Eidessache! Radikal „brevi manu"!

In diesem absonderlichen Schriftstücke finden sich außer dem Zeitworte „sind" nur abhängige Genitive als einzige Andeutung einer Satzgliederung. Im übrigen wimmelt es von neugebildeten Wortzusammensetzungen aus an sich sinnvollen Bestandteilen („Geistesanalogie", „radikaleidlich", „Alarmgenugtuung", „meingestempelt" usf.). Der „Geistesanalogie" folgt bald eine „Parteianalogie", dem

„meingestempelt“ ein „Geburtsstempel“, der „Mannesgesinnung“ eine „Gegengesinnung“, dem „radikaleidlich“ eine „Eidessache“ als Andeutung des in solchen Schriftstücken regelmäßig bemerkbaren Haftens. Das „dienstgeschnürte Prisensiegel“ dürfte als Verschiebungsparalogie („Dienstsiegel“) aufzufassen sein. Das Ganze ist ein Muster von Sprachverwirrtheit, in dem übrigens trotz gänzlicher Zusammenhanglosigkeit doch eine bestimmte allgemeine Färbung der Vorstellungen erkennbar ist.

Eine letzte Gruppe von Beispielen führt uns zu Entgleisungen des Gedankenganges selbst, die freilich auch die bisher besprochenen Formen vielfach begleiten. Wir hören von unseren Kranken, wie schon erwähnt, eine Menge gänzlich unverständlicher und zusammenhangloser Äußerungen, bei denen es sich kaum allein um Störungen des sprachlichen Ausdrucks handeln kann, wenn es auch im einzelnen Falle unmöglich ist, die innere Entstehungsgeschichte der Äußerung aufzudecken. So sprach ein Kranker vom „Gehirnnabel im kaufmännischen Verein“; ein anderer äußerte: „Man kann die Richtung nicht vom Abglanz nehmen.“ Bisweilen aber läßt sich ein Abgleiten des Gedankenganges von der vorschwebenden auf eine andere Vorstellungsreihe, wie es im Traume häufig vorkommt, deutlich nachweisen. Ein Kranker entgegnete auf die Frage nach der Jahreszahl: „Wir werden wohl Australien haben“, entgleiste also von der Reihe der Jahre auf diejenige der Erdteile; ein anderer antwortete auf die Frage, welchen Monat wir haben: „Straßburg.“ Ein dritter klagte, daß ihm der Wärter „die Steuerschuld aufgedrückt“ habe, und glitt damit von der Vorstellung irgendeiner unangenehmen Beeinflussung auf diejenige des Steuerzahlens hinüber. Ähnlich ist vielleicht die abwehrende Äußerung eines Kranken: „Weg von den Zügeln“ zu beurteilen, insofern die Annäherung die Vorstellung der Anlegung von Zügeln erweckte. Wenn ein Kranker sagte: „Das Hungerleiden ist stärker als bei allen Taubstummen“, so liegt die Annahme nahe, daß hier die Vorstellung der Taubstummen an Stelle eines allgemeineren, Not oder Unglück umfassenden Gedankens getreten ist. Auch der Ausspruch: „Ich hab' viel durchgemacht für die deutsche Sprache“, dürfte auf ein Abgleiten des Gedankenganges zurückgeführt werden, ebenso die auf irgendeinen gleichgültigen Vorgang sich beziehende Wendung: „Das kann mit blauer Tinte geschrieben werden.“ Man wird kaum

fehlgehen, wenn man ein Abgleiten bei denjenigen Formen des Vorbeiredens annimmt, in denen nicht ein negativistisches Ausweichen gegenüber der richtigen Antwort deutlich ist. Ein Kranker erwiderte auf die Frage, in welcher Stadt die Klinik stehe: „Das Haus steht im Evangelium Lukas des achten, und wenn man Sau hat, kann man sie schlachten.“ Nach dem ersten Abgleiten des Gedankenganges auf ein anderes Vorstellungsgebiet folgt hier noch ein weiteres, das durch den Reim bedingt wird. Derselbe Kranke zählte auf Aufforderung die Monatsnamen folgendermaßen her: „Ja je ji jo jan jan dran drin draus dann Mainz, dann Worms.“ Er geriet also zunächst in die Vokalreihe, dann in Gleichklänge und sprachlich eingeübte Verbindungen („drin—draus“), endlich in die Aufzählung von Städtenamen.

Von diesen Störungen führen fließende Übergänge zu jenen Erscheinungen, die wir früher als Vorbeireden kennen gelernt haben. Hier ist dann nicht mehr die Überführung in den sprachlichen Ausdruck krankhaft beeinflußt, sondern die durch die Sachlage angeregten Vorstellungen selbst werden bereits in ihrem Entstehen durch verwandte, fernliegende oder entgegengesetzte Vorstellungen verdrängt oder unterdrückt. —

Werfen wir nunmehr einen Blick zurück auf das allgemeine psychische Krankheitsbild der Dementia praecox, wie es sich uns aus der Zusammenfassung von etwa 1000 hierher gehörigen Beobachtungen ergeben hat, so sind es anscheinend zwei Hauptgruppen von Störungen, die das Leiden kennzeichnen. Auf der einen Seite beobachten wir eine Abschwächung jener gemütlichen Regungen, welche dauernd die Triebfedern unseres Wollens bilden. Im Zusammenhange damit verstummen geistige Regsamkeit und Betätigungstrieb. Das Ergebnis dieser Seite des Krankheitsvorganges ist gemütliche Stumpfheit, Versagen der geistigen Leistungen, Verlust der Herrschaft über den Willen, des Strebens und der Fähigkeit zu selbständigem Handeln. Der Kern der Persönlichkeit ist damit zertrümmert, das Beste und Wertvollste ihres Wesens, wie sich einst Griesinger ausdrückte, von ihr abgestreift. Mit der Vernichtung des persönlichen Willens geht auch die Möglichkeit der weiteren Entwicklung verloren, die einzig von seiner Tätigkeit abhängig ist. Was zurückbleibt, ist auf dem Gebiete des Wissens und Könnens in der Hauptsache das einmal Eingelernte. Aber auch dieses geht

langsamer oder schneller zugrunde, wenn nicht die fehlende innere Triebfeder durch äußere Anregung ersetzt wird, die zu steter Übung veranlaßt und damit dem langsamen Schwinden der noch erhaltenen Fähigkeiten vorbeugt. Ob und wie weit das Leiden unmittelbar den geistigen Besitzstand schädigt, abgesehen von dessen Einschmelzen durch den Verlust der geistigen Regsamkeit, bedarf noch weiterer Untersuchung. Die Geschwindigkeit, mit der sich bisweilen tiefgreifende und dauernde Verblödung auch auf dem Gebiete der Verstandesleistungen herausbildet, legt die Annahme nahe, daß auch sie durch den Krankheitsvorgang selbst in Mitleidenschaft gezogen werden können, wenn sie auch regelmäßig in weit geringerem Grade beeinträchtigt werden, als das Gemütsleben und der Wille. Beachtenswert ist jedenfalls, daß Gedächtnis und erlernte geistige Fertigkeiten gelegentlich bei völliger und endgültiger Zerrüttung der eigentlichen Persönlichkeit in überraschender Weise erhalten bleiben können.

Die zweite Gruppe von Störungen, die der Dementia praecox ihren eigenartigen Stempel aufdrückt, ist besonders von Stransky[1]) eingehend gewürdigt worden. Sie besteht in dem Verluste der inneren Einheitlichkeit der Verstandes-, Gemüts- und Willensleistungen in sich und untereinander. Stransky spricht von einer Vernichtung der „intrapsychischen Koordination", die sowohl das Gefüge der „Noopsyche" und „Thymopsyche" selbst wie ihre gegenseitigen Beziehungen lockern oder zerstören soll. Sie tritt uns in den von Bleuler geschilderten Assoziationsstörungen, in der Zerfahrenheit des Gedankenganges, in dem grellen Wechsel der Stimmungen sowie in der Sprunghaftigkeit und den Entgleisungen des Handelns entgegen. Weiterhin aber geht auch der enge Zusammenhang zwischen Denken und Fühlen, zwischen Überlegung und Gemütsbewegung einerseits, dem Handeln andererseits mehr oder weniger verloren. Die Gefühlsregungen entsprechen nicht dem Vorstellungsinhalte. Die Kranken lachen und weinen ohne erkennbaren Grund, außer jeder Beziehung zu ihrer Lage und ihren Erlebnissen, erzählen lächelnd von ihren Selbstmordversuchen, sind sehr vergnügt darüber, daß sie „so dumm daher reden", dauernd in der Anstalt bleiben müssen; sie geraten bei den unbedeutendsten Anlässen in lebhafte Angst oder Zornausbrüche,

[1]) Stransky, Jahrb. f. Psychiatrie, XXIV, 1903, 1; Wiener med. Presse 1905, 28.

um unvermittelt in ein wieherndes Lachen auszubrechen. Gerade dieses Mißverhältnis zwischen Vorstellung und Gemütsbewegung drückt ihrem Verhalten den Stempel des „Läppischen“ auf. Auch die Verunreinigung des Bettes führt Stransky auf eine krankhaft verkehrte Verknüpfung dieser Handlung mit Lustgefühlen zurück.

Das Handeln der Kranken ist nicht, wie beim Gesunden, der Ausdruck der Lebensanschauung und Gemütsart, wird nicht durch die Verarbeitung von Wahrnehmungen, durch Überlegungen und Stimmungen geleitet, sondern es ist das unberechenbare Ergebnis zufälliger äußerer Einwirkungen und ebenso zufällig im Innern auftauchender Antriebe, Querantriebe und Gegenantriebe. Ein Kranker sprang singend in den Neckar; andere verbrennen oder verstreuen ihr Geld, suchen dem geliebten Kinde den Hals abzuschneiden, mißhandeln sich selbst unter kläglichem Schreien auf das rücksichtsloseste. Hierher gehören ferner die Erscheinungen der Paramimie, das Vorbeihandeln nebst den aus ihm sich ableitenden Schrullen, namentlich aber auch die Störungen der inneren Sprache, die sich ebenfalls unter dem Gesichtspunkte einer Lockerung der Beziehungen zwischen Vorstellung und sprachlichem Handeln verstehen lassen. Das ganze Tun und Treiben gewinnt durch diese Zerstörung der inneren Folgerichtigkeit und Bedingtheit das Gepräge des Unberechenbaren, Unbegreiflichen und Verschrobenen.

Wie mir scheint, besteht zwischen den beiden, hier auseinandergehaltenen Gruppen von Störungen ein innerer Zusammenhang. Was unsere Erfahrungen zu einem festgefügten Gebäude gestaltet, in dem jedes Glied sich dem anderen anpassen und dem allgemeinen Plane unterordnen muß, sind die Allgemeinvorstellungen und Begriffe. Die gleichmäßige Ruhe unserer Gemütslage, die rasche Überwindung schroffer Erschütterungen wird gewährleistet durch die höheren Allgemeingefühle; sie wirken auf der einen Seite dämpfend und geben andererseits unserem Stimmungshintergrunde auch dann eine bestimmte Färbung, wenn keine gemütlichen Anregungen durch besondere innere oder äußere Erlebnisse stattfinden. Die innere Einheitlichkeit unseres Wollens endlich wird durch die allgemeinen, immer in uns lebendigen Willensrichtungen bedingt, die unsere stammesgeschichtliche und persönliche Entwicklung in uns erzeugt hat. Wir dürfen daher erwarten, daß eine Abschwächung oder Vernichtung des Einflusses, den Allgemeinvorstellungen, höhere Ge-

fühle und dauernde, allgemeine Willensrichtungen auf unser Denken, Fühlen und Handeln ausüben, jene innere Zersplitterung, jene „schizophrenen“ Störungen nach sich ziehen muß, denen wir in der Dementia praecox begegnen. Gerade auf eine Schädigung der allgemeinen Niederschläge unserer psychischen Entwicklung, wie sie das Wesen der Persönlichkeit ausmachen, scheinen mir die bei den Kranken beobachteten Störungen und die von ihnen vorgebrachten Klagen hinzuweisen. Den ersten Angriffspunkt dürften dabei die allgemeinen Willensrichtungen und wohl auch die höheren Gefühle bilden. Weiterhin aber würde das Werkzeug der Allgemeinvorstellungen und sein regelnder Einfluß auf den Gedankengang auch dann schon wertlos werden, wenn der Wille nicht mehr die Fähigkeit besäße, es zu handhaben. Weygandt spricht, offenbar in ähnlichem Sinne, von einer „apperzeptiven Verblödung“, insofern die geschädigte „aktive Apperzeption“ die Herrschaft des Willens über die Gestaltung und den Ablauf der Seelenvorgänge bedeutet. —

Außer den psychischen Störungen sind auch auf körperlichem Gebiete[1]) eine Reihe von Krankheitserscheinungen zu verzeichnen, deren genauere Beziehungen zum Grundleiden allerdings noch nicht in allen Punkten feststehen. Sehr häufig sind Kopfschmerzen, auf die Tomaschny die Aufmerksamkeit besonders gelenkt hat; sie werden namentlich in Stirn und Schläfen, aber auch auf die Scheitelhöhe oder in das Hinterhaupt verlegt, meist in Form von Druck, Zusammenpressen. Dazu können sich unangenehme Empfindungen aller Art in den verschiedensten Körpergegenden gesellen, deren wir zum Teil schon früher gedacht haben, ebenso jene Reizerscheinungen, die sich so häufig in den höheren Sinneswerkzeugen einstellen. Die Schmerzempfindlichkeit erscheint nicht selten herabgesetzt, wenn sich darüber auch bei der psychischen Stumpfheit der Kranken oft kein sicheres Urteil gewinnen läßt; Meyer fand häufig Schmerzhaftigkeit der Unterbauchgegend und der Brüste auf Druck.

Von großer Bedeutung ist das Verhalten der Pupillen. Sie sind namentlich in den früheren Abschnitten der Krankheit und in Erregungszuständen häufig auffallend weit, nach Meyer in 10%

[1]) Trepsat, Etude des troubles physiques dans la démence précoce. Thèse. 1905; Tomaschny und Meyer, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1909, 845; Pförtner, Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. XXVIII, 208; Sérieux, Annales médico-psychol. 1902, Nov.-Dez.

der Fälle, wie Weiler ausführt, wegen einer durch den Krankheitsvorgang bewirkten Steigerung jener Rindenerregungen, die den Sphinkterentonus hemmen. Hier und da beobachtet man deutliche Pupillendifferenz. Die Lichtreaktion der Pupillen[1]) erscheint öfters träge oder wenig ausgiebig. Westphal fand bisweilen Verziehungen der Pupillenform, querovale Stellung, daneben vorübergehendes Versagen der Licht- und Konvergenzreaktion, namentlich in schweren Stuporzuständen, bald halbseitig, bald doppelseitig; er denkt dabei an krankhafte Spannungen der Irismuskulatur im Zusammenhang mit den allgemeinen Muskelspannungen. Nach Siolis Beobachtungen lassen sich ähnliche Störungen auch nach Schwinden des Stupors durch starkes willkürliches Anspannen der Muskeln hervorrufen. Alle angeführten Störungen scheinen vielfachem Wechsel unterworfen zu sein.

Die Pupillenreaktion auf Schmerz und psychische Reize, ebenso die das seelische Geschehen fortlaufend begleitende Pupillenunruhe ist, wie Bumke gefunden hat, in einer erheblichen Zahl von Fällen verschwunden. Allerdings gehen die Angaben über die Häufigkeit dieser Störung noch außerordentlich weit auseinander, was bei der Schwierigkeit der Feststellung nicht verwunderlich erscheint. Bumke fand die psychischen Reaktionen unter 33 Fällen niemals normal, in 69% erloschen; er gibt an, daß zunächst die Pupillenunruhe, das dauernde, nur mit der Lupe erkennbare, leichte Spielen der Pupillenweite, verschwinde, sodann die Erweiterung der Pupillen auf psychische Eindrücke, endlich die Schmerzreaktion. Hübner vermißte die psychischen Reflexe unter 51 Fällen in 75%. Noch höhere Zahlen fand Sioli, der unter 48 in das Gebiet der Dementia praecox gehörigen Fällen die psychische Reaktion und die Pupillenunruhe 40mal fehlen sah. Dagegen beobachtete Wassermeyer unter 39 Fällen nur in 15% Fehlen der psychischen Reflexe. Weiler sah es unter 126 Fällen in 36%; in weiteren 20% waren sie herabgesetzt. Im einzelnen zeigte sich, daß ein Fehlen der Schmerzreaktion nur in 36%, eine Verminderung in weiteren 20%, dagegen eine Aufhebung der Reaktion auf psychische und Sinnesreize in 40%, eine Herabsetzung noch in 34% der Fälle festgestellt werden konnte.

[1]) Westphal, Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, 23; Bumke, Münchener medizin. Wochenschr. 1910, 51; Weiler, Zeitschr. f. die ges. Neurologie und Psychiatrie II, 101.

Die Störungen aller dieser Reaktionen traten unter 35 Hebephrenen 24 mal, unter 79 katatonischen Kranken 41 mal, unter 12 paranoiden Kranken 6 mal hervor, waren also bei ersteren am häufigsten. Weiler ist geneigt, die zahlenmäßige Abweichung seiner Befunde von denen anderer Beobachter, abgesehen von kleinen Unterschieden im Beobachtungsverfahren, wesentlich auf den Umstand zurückzuführen, daß er vorzugsweise frischere Fälle vor sich hatte. Das Schwinden der Reaktion wurde nämlich im allgemeinen mehr bei vorgeschrittener Erkrankung beobachtet, war gelegentlich aber auch schon in früheren Abschnitten nachzuweisen. Man wird schwerlich fehlgehen, wenn man diesen Ausfall der psychischen Reaktionen zu dem Schwinden der gemütlichen Regungen bei unseren Kranken in Beziehung bringt, durch deren Vermittlung sie wahrscheinlich zustande kommen. Zu bemerken ist jedoch noch, daß Wassermeyer auch bei 174 gesunden Soldaten 6 mal eine starke Herabsetzung, einmal Fehlen der psychischen Pupillenreaktion nachweisen konnte, während Sioli diese bei 25 Wärtern regelmäßig auffand, wenn auch in sehr verschiedener Stärke.

Die Sehnenreflexe sind häufig mehr oder weniger erheblich gesteigert, nach Meyer in 45%, nach Trepsat in 59%, herabgesetzt in 14 bzw. 12%. Weiler konnte öfters, namentlich bei stuporösen Kranken, Ausbleiben der Bremsung und dadurch bedingtes wiederholtes Nachpendeln feststellen. Meyer fand unter 398 Fällen 6 mal Patellarklonus, 2 mal Fußklonus. Haut- und Schleimhautreflexe sind oft schwach; Trepsat fand den Fußsohlenreflex in 64% der Fälle herabgesetzt, in 26% gesteigert.

Schwere und mannigfaltige Störungen finden sich auf psychomotorischem Gebiete. Dufour hat Gleichgewichtsstörungen, Taumeln, Adiadochokinesie, Zittern beschrieben, die er als Ausdruck einer „cerebellaren" Form der Dementia praecox ansieht. Haltungskurven bei kataleptischen Kranken hat Ermes[1]) aufgezeichnet. Er fand, daß eine Senkung des wagerecht gehaltenen Unterschenkels erst nach 205 Sekunden begann, während sie bei Gesunden durchschnittlich nach 38, spätestens nach 80 Sekunden einsetzte. Es folgte dann entweder ein wiederholter, ruckweiser Abfall mit Zittern oder ein allmähliches Sinken. Bis zur völligen Erschlaffung

---

[1]) Ermes, Über die Natur der bei Katatonie zu beobachtenden Muskelzustände. Diss. 1903.



Fig. 163.
Normale Fingerbewegung.

vergingen bei den Kranken nahzu 20, bei den Gesunden etwas mehr als 7 Minuten. Sicherlich ist die Hauptursache dieses Beharrungsvermögens in eigenartigen Störungen der Willensantriebe zu suchen. Indessen ist Ajello[1]) in sehr umfangreichen Untersuchungen zu dem Ergebnisse gelangt, daß die Muskeln derjenigen Kranken, die wir später als Katatoniker kennen lernen werden, eine eigenartige Reaktion auf elektrische Reize zeigen. Sie besteht nach seinen Ausführungen in dem gleichzeitigen Auftreten tonischer Zusammenziehungen neben den eigentlichen Muskelzuckungen. Er führt diese Erscheinung zurück auf eine erhöhte Erregbarkeit des Sarkoplasmas, wie sie sich sonst nur in embryonalen, ferner in ermüdeten, anämischen oder entarteten Muskeln findet, und setzt sie in Beziehung zu den idiomuskulären Wülsten, die man in der Tat, neben erhöhter Klopfempfindlichkeit der Muskeln, bei unseren Kranken nicht selten nachweisen kann.



Fig. 164. Einfache Fingerbewegung bei Katatonie (a).

Gregor und Hänsel fanden bei Ergographenversuchen, daß die Kranken nur wenige Hebungen von annähernd gleicher Höhe lieferten, um dann plötzlich zu versagen. Den Ablauf einfacher Beuge- und Streckbewegungen des rechten Zeigefingers bei unseren Kranken haben Isserlin und Lotmar untersucht. Die Figur 163[2]) zeigt den Ablauf einer aus Beugung und zurückschnellender Streckung zusammengesetzten Fingerbewegung

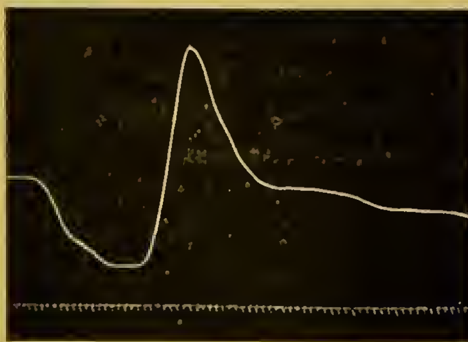


Fig. 165. Einfache Fingerbewegung bei Katatonie (b).

[1]) Ajello, Ricerche sulle proprietà fisiologiche generali dei muscoli nella catatonia. 1907.

[2]) Wie alle zugehörigen auf $^2/_3$ verkleinert.

bei einem Gesunden, die Figuren 164 bis 167 dasselbe bei katatonischen Kranken; die Geschwindigkeit der Drehtrommel, die in Figur 165 noch in Fünftelsekunden mit wiedergegeben ist, war überall sehr annähernd die gleiche. Die Figur 164 bietet, abgesehen von der geringeren Ausgiebigkeit der Bewegung, eine bei Katatonikern sehr häufig, wenn auch nicht regelmäßig auftretende Abweichung dar, das Einschieben einer merklichen Zwischenzeit zwischen Beugung und Streckung, die sich beim Gesunden stets unmittelbar aneinander anschließen; zudem verläuft die Streckung langsamer, als in der Norm. Wir werden hier an die Steifigkeit und Gebundenheit erinnert, die uns so häufig bei katatonischen Bewegungen auffällt. Weit stärkere, freilich seltener vorkommende Abweichungen läßt die Figur 165 erkennen. Hier erfolgt vor der Beugung zunächst eine einleitende Streckung, also ein entgegengesetzter Antrieb, der bei Gesunden höchstens, wie in Figur 163 erkennbar, als leichtes „Ausholen" beobachtet wird. Der Beugung schließt sich dann der Rückprall des Fingers ohne Pause an, aber er wird mitten in seinem Ablaufe plötzlich gehemmt, um nun mit Schwankungen ganz langsam den Finger wieder in die Ausgangsstellung zurückzuführen. Die einfache Selbstverständlichkeit, mit der sich die hier geforderte Bewegung bei Gesunden zu vollziehen pflegt, wird demnach bei Kranken gelegentlich durch allerlei Gegenantriebe und Hemmungen beeinflußt. Die weiteren, von demselben Kranken gewonnenen Kurven, wie sie in den Figuren 166 und 167 wiedergegeben sind, zeigen noch andere Bilder. In Figur 166 begegnet uns ein wiederholtes Schwanken entgegengesetzter Antriebe; am Schlusse verharrt der Finger in Beugestellung. Ähnliches nach einer anfangs richtig ausgeführten Beugebewegung weist die

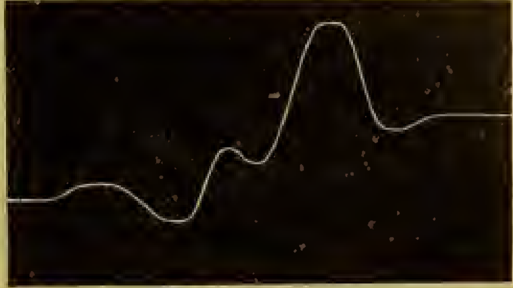


Fig. 166. Einfache Fingerbewegung bei Katatonie (c).



Fig. 167. Einfache Fingerbewegung bei Katatonie (d).

Figur 167 auf. Dazwischen fanden sich vielfach ganz normal verlaufende Kurven.

Auch rhythmische Bewegungen, die beim Gesunden ganz maschinenmäßig in Form von Beugung und Rückprall abzulaufen pflegen, zeigen beim Übergange in die Streckung die gleiche Verzögerung wie die einfachen „Reaktionsbewegungen". Die Figur 168 stellt eine solche Reihe taktmäßig sich aneinanderschließender Fingerpendelbewegungen beim Gesunden dar, die Figur 169 dasselbe von einem Katatoniker; darunter sind Hundertstelsekunden mit wiedergegeben.

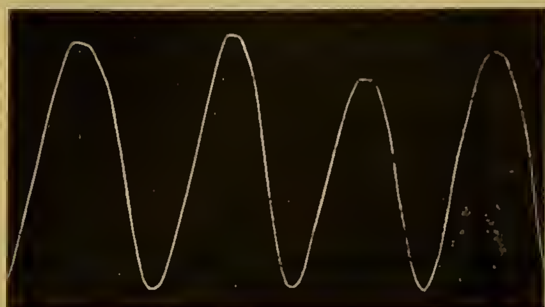


Fig. 168. Taktmäßige Fingerbewegungen beim Gesunden.

Ganz besondere Beachtung verdienen die schon von Kahlbaum und Jensen sehr gut beschriebenen Anfälle. Es handelt sich meist um Schwindelanfälle, Ohnmachten oder um epileptiforme Krämpfe, die bald vereinzelt, bald häufiger bei unseren Kranken auftreten. Seltener sind Krämpfe in einzelnen Muskelgebieten (Gesicht, Arm), Tetanie oder gar apoplektiforme Anfälle mit länger dauernder Lähmung, doch wurde mir auch von solchen einige Male aus der Vorgeschichte berichtet. Einmal sah ich einen schweren Kollaps mit Krämpfen in der linken Körperhälfte und im rechten Facialis. Nicht ganz selten bildet ein Anfall das erste Zeichen der beginnenden Krankheit. So beobachtete ich unter anderem einen von Jugend auf besonders begabten älteren Studenten, der plötzlich von einem tiefen Koma befallen wurde, aus dem er nur ganz allmählich wieder erwachte. Es war außer einer leichten Pupillendifferenz, Facialisphänomen und

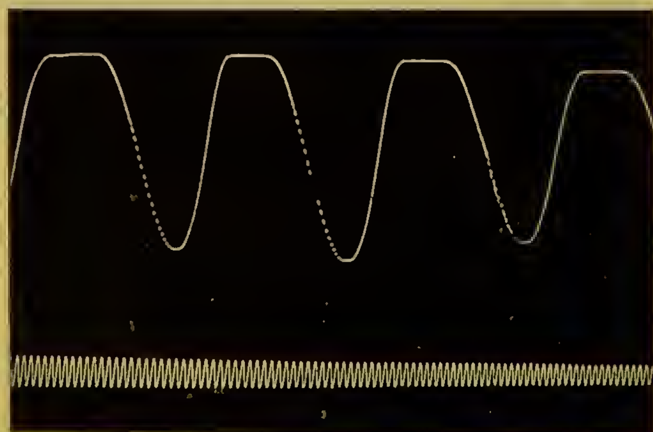


Fig. 169. Taktmäßige Fingerbewegungen bei Katatonie.

starker Steigerung der Reflexe keine Spur von Hirnerscheinungen vorhanden, doch bot der Kranke, als ich ihn wenige Wochen später untersuchte, das ausgeprägte Bild des vorzeitigen Schwachsinns dar, das noch nach Jahren fortbestand. Hüfler beschreibt auch Äquivalente der katatonischen Anfälle; er versteht darunter vorübergehende Innervationsstörungen im Arm, in der Gesichtsmuskulatur, in der Zunge, Mißempfindungen, Schmerzen, Gefäß- und Pupillenstörungen, Erbrechen, anfallsweises Schwitzen mit oder ohne Bewußtseinstrübung. Alle diese Anfälle sind häufiger beim weiblichen, als beim männlichen Geschlechte. Nach meiner Zusammenstellung fanden sie sich in etwa 16%, bei den länger beobachteten Heidelberger Kranken allein in 19% aller Fälle. Außerdem aber waren bei einer ganzen Reihe von Kranken (6% der Männer, 3% der Frauen) schon in der Jugend Krämpfe oder Ohnmachten vorausgegangen, von denen es zunächst zweifelhaft bleiben muß, ob ihnen ein Zusammenhang mit der Geistesstörung zugeschrieben werden darf; einige Kranke hatten an Chorea gelitten. Urstein verzeichnet bei 8% der Männer, bei 19% der Frauen Anfälle. In einem Falle sah ich die Entwicklung einer schweren Katatonie nach langjährigem Bestehen von unzweifelhaften epileptischen Anfällen, zu denen sich dann noch hysteriforme hinzugesellten. Auch sonst werden öfters hysteriforme Krämpfe und Lähmungen beobachtet, Aphonie, Singultus, plötzliches Steifwerden, örtliche Kontrakturen u. ähnl.

Höchst eigenartige Störungen sind die vielfach auftretenden Krampferscheinungen in der Gesichts- und Sprachmuskulatur. Ein Teil derselben ähnelt vollständig den Ausdrucksbewegungen, das Stirnrunzeln, Verziehen der Mundwinkel, unregelmäßige Zungen- und Lippenbewegungen, Verdrehen, Aufreißen und Zukneifen der Augen, kurz, jene Bewegungen, die wir unter der Bezeichnung des Gesichterschneidens oder Grimmassierens zusammenfassen; sie erinnern an die entsprechenden Störungen der Choreatischen. Auch die Bulbusunruhe dürfte hierher gehören. Ihnen verwandt ist ferner das Schmatzen und Schnalzen mit der Zunge, das plötzliche Seufzen, Schnüffeln, Lachen, Hüsteln. Weiterhin aber beobachten wir, namentlich in den Lippenmuskeln, feine, blitzartige oder rhythmische Zuckungen, die in keiner Weise mehr den Stempel von Willkürbewegungen tragen. Dasselbe gilt von dem bisweilen beim Sprechen auftretenden Vibrieren der Mundmuskeln, das vollständig dem-

jenigen der Paralytiker gleichen kann. Bei einer großen Zahl von Kranken beobachtete ich deutliche Zuckungen der Mundmuskulatur beim Beklopfen der unteren Facialisäste. Gelegentlich sieht man vorübergehend oder längere Zeit hindurch ungleiche Muskelspannung in beiden Gesichtshälften, wie Hüfler betont hat. Die gespreizten Finger zeigen öfters feinschlägiges Zittern. Mehrere Kranke führten dauernd eigentümlich fahrige, ungeordnete, choreaartige Spreizbewegungen aus, die ich am besten mit dem Ausdrucke „athetoide Ataxie" kennzeichnen zu können glaube.

In zwei Fällen gelang es, während eines Zustandes dumpfer Benommenheit deutliche aphasische Störungen nachzuweisen. Die Kranken waren außerstande, die ihnen vorgelegten Gegenstände zu erkennen und zu benennen, obgleich sie sprechen konnten und sich offenbar bemühten, die geforderte Auskunft zu geben. Wiederholt kamen nach langem Besinnen falsche Bezeichnungen zutage. Die Störung war nach wenigen Stunden wieder verschwunden.

Sehr verbreitet sind bei unseren Kranken vasomotorische Störungen. Vor allem beobachtet man Cyanose der Hände, weniger auch der Füße, der Nase, der Ohren; von der tiefblauen Farbe der Haut heben sich bisweilen erweiterte Arterienbezirke als hellrote, scharf umgrenzte Flecken ab, die man auch künstlich durch Druck erzeugen kann. Weiter finden sich umschriebene Ödeme, starke Wallungen zum Kopf, lebhaftes Erröten, Dermatographie in allen Abstufungen, namentlich im Beginn von Stuporzuständen. Trepsat konnte in einem Falle noch nach 48 Stunden die dermatographisch erzeugten Schriftzeichen durch leichtes Reiben mit der Fingerkuppe wieder sichtbar machen; er berichtet auch über Ausschläge und selbst Geschwürsbildungen „trophischen" Ursprungs. Die Herztätigkeit ist großen Schwankungen unterworfen, bald verlangsamt, häufiger etwas beschleunigt, oft auch schwach und unregelmäßig; manche Kranke klagen über Herzklopfen.

Der Blutdruck ist in der Regel herabgesetzt, schwankt jedoch ziemlich bedeutend. Weber fand für systolischen und diastolischen Druck, Pulsdruck und Pulszahl niedrige oder höchstens mittlere Werte, besonders bei stuporösen Kranken. Lugiato und Ohannessian konnten wie Lukacs häufig ein Mißverhältnis zwischen Blutdruck und Pulszahl feststellen. Bumke und Kehrer beobachteten bei plethysmographischen Versuchen im katatonischen Stupor Aus-

bleiben der Volumsenkungen sowie der Änderungen in Puls und Atmung bei Einwirkung von Kälte und Schmerzreizen und weisen auf die Verwandtschaft dieser Störung mit dem Ausbleiben der psychischen Pupillenreaktion hin. Die Atmung ist nach d'Ormeas Angaben etwas beschleunigt, sehr tief und zeigt viele Unregelmäßigkeiten, besonders beim Ausatmen. Bisweilen beobachtet man starke Schweißausbrüche. Die Speichelabsonderung ist vielfach vermehrt, meist nur vorübergehend, weit seltener dauernd; so konnte ich bei einem Kranken in 6 Stunden 375 ccm Speichel sammeln. Die von Rohde in einem Falle ausgeführte Analyse ergab

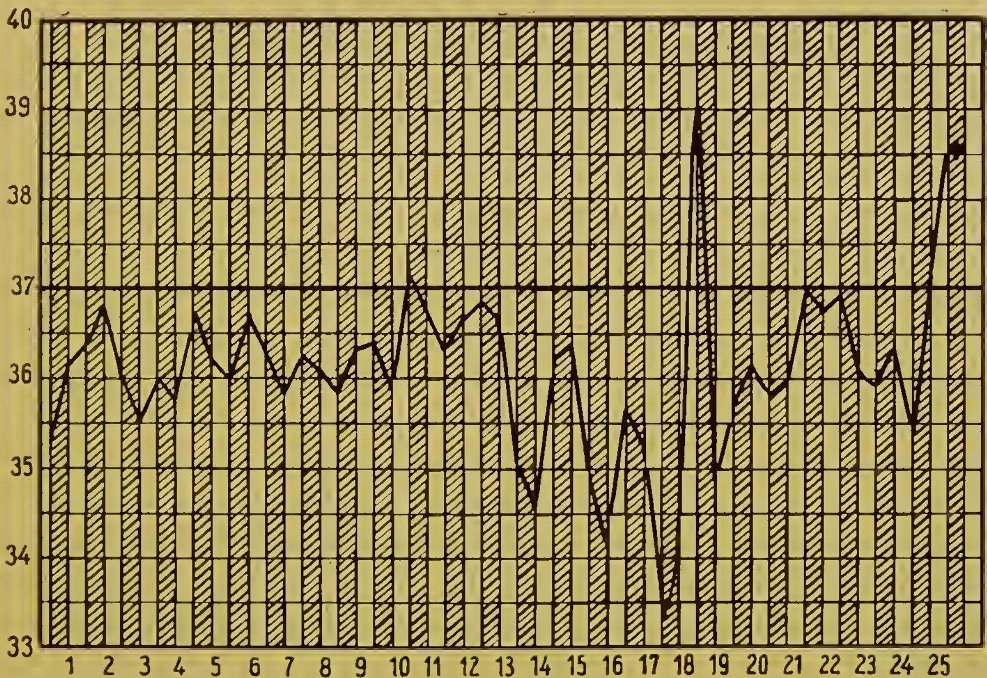


Fig. 170. Gang der Eigenwärme am Lebensende einer katatonischen Kranken.

ein spezifisches Gewicht von 1,0026 und einen N-Gehalt von 0,191%, Werte, die an der unteren Grenze der normalen liegen und nicht für eine Entstehung des Speichelflusses durch Sympathicusreizung sprechen. Bei einzelnen Kranken beobachtet man, namentlich in den Endzuständen, Wiederkäuen. Die Körperwärme ist meist niedrig, bisweilen subnormal, mit gelegentlicher Umkehr und geringem Umfange der Tagesschwankungen. Die Figur 170 zeigt den Gang der Eigenwärme in den letzten Lebenswochen einer ziemlich erregten Kranken, die kein greifbares körperliches Leiden aufwies. Die Temperaturen, die sich schon mehr als 3 Wochen vorher

fast immer unter 37° bewegt hatten und vorübergehend bis 34,2° heruntergegangen waren, sind wiederholt abends niedriger als morgens; sie sinken in den beiden letzten Lebenswochen zunächst bis auf 33,4° herunter, um dann mit einzelnen Sprüngen bis 38,5° und selbst 39,1° gegen das Lebensende sich wieder zu heben. Die Menses pflegen auszubleiben oder unregelmäßig zu werden, nach Pförtners Angaben in zwei Drittel der frischen Erkrankungen.

Das Dunkel, das über den Ursachen der Dementia praecox schwebt, hat vielfach Anlaß zur Untersuchung des Blutbildes und des Stoffwechsels gegeben, doch sind die Befunde noch wenig befriedigend. Lundwall fand im allgemeinen keine Blutveränderung, aber periodisch auftretende „Blutkrisen" mit Verringerung der roten und Vermehrung der weißen Blutkörper. Bruce und Peebles beschreiben für die akuten Abschnitte der Krankheit eine mäßige Zunahme besonders der polynukleären und der großen einkernigen Blutzellen, die im Stupor, noch mehr aber in den Endzuständen, einer Abnahme namentlich der vielkernigen Leukocyten Platz macht. Ersterer hat sogar den Versuch gemacht, für die einzelnen Formen des Irreseins eigenartige Blutbilder aufzustellen und aus ihnen auch prognostische Schlüsse zu ziehen, ein Unternehmen, das angesichts der vielfach auseinanderweichenden Angaben wohl als verfrüht angesehen werden muß. Auch Heilemann berichtet über eine geringe Vermehrung der weißen Blutzellen, unter verhältnismäßiger Abnahme der polynukleären Formen. Ähnliche Befunde erhob Sandri, besonders in katatonischen Zuständen. Dide und Chenais[1]) sahen eine Vermehrung der eosinophilen Zellen, Pighini und Paoli eine Vergrößerung der roten Blutkörper mit ringförmiger Anordnung des Hämoglobins. Itten konnte keine kennzeichnenden Blutbefunde erheben. Immerhin fanden sich bei einigen chronischen, ablehnenden, verblödeten Kranken ziemlich hohe, bei einigen stumpfdepressiven Kranken verhältnismäßig niedrige Leukocytenzahlen.

Berger hat den Versuch gemacht, das Vorhandensein von Giftstoffen im Blute von Katatonikern dadurch zu beweisen, daß er Serum der Kranken in den Hinterhauptslappen von Hunden einspritzte; er fand, daß Muskelzuckungen, Apathie, Neigung zu gezwungenen Stellungen auftraten. Auch Stoffwechseluntersuchungen[2])

[1]) Dide et Chenais, Annales médico-psychologiques 1902, 2, 406.

[2]) Pighini, Rivista sperimentale di freniatria XXXIII, 566; d'Ormea e Maggiotto, Riforma medica, 26, 1905.

sind vielfach angestellt worden. In akuten Fällen beobachtete Pighini gesteigerte Ausfuhr von Stickstoff, Phosphor und Schwefel, von Harnstoff, Harnsäure und Xanthinbasen, die er auf einen stärkeren Zerfall von phosphor- und schwefelhaltigen Nukleoproteinen zurückführt. Allers hat darauf hingewiesen, daß hier möglicherweise ungenügende Ernährung in den Erregungszuständen wesentlich mitspielen könne. Während des chronischen Verlaufes soll im Gegenteil eine Zurückhaltung von Phosphor und Stickstoff und ein Verlust von Kalk und Schwefel stattfinden. Rosenfeld beobachtete regelmäßig Zurückhaltung von Stickstoff, 1—2 g täglich. Eine erhebliche Herabsetzung des Sauerstoffbedarfs, die sich nicht durch Thyreoidin beseitigen ließ, ergab sich aus den Untersuchungen von Bornstein. Die schon bei Gesunden bemerkbare Einschränkung der Oxydationsvorgänge zwischen dem 15. und 25. Jahre erfährt nach seinen Ausführungen hier eine krankhafte Verschärfung. Auch Grafe[1]) fand im katatonischen Stupor eine deutliche Verlangsamung des Stoffwechsels, eine Herabsetzung der Wärmeproduktion bis auf 39% der Norm; die Oxydationssteigerung nach Nahrungszufuhr zeigte eine langsamere Entwicklung. Im Harn der Kranken findet sich gelegentlich einmal Zucker; es handelt sich dabei wohl immer um alimentäre Glykosurie, die häufiger nachgewiesen werden konnte; Lugiato fand verlangsamte Abgabe von eingeführter Lävulose. Die Ausscheidung von Methylenblau und Jodkalium begann nach den Untersuchungen von d'Ormea und Maggiotto erheblich später, als bei Gesunden, und dauerte länger. In der Spinalflüssigkeit fand Pighini bei 43% seiner Kranken Cholesterin, das er bei Gesunden niemals nachweisen konnte.

In einer Reihe von Fällen beobachtete ich diffuse Vergrößerungen der Schilddrüse, einige Male das Schwinden solcher Vergrößerungen unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Krankheitserscheinungen, auch wiederholten raschen Wechsel im Umfang der Drüse während der Entwicklung des Leidens. Einige Male waren Exophthalmus und Zittern vorhanden. Endlich fielen uns wie den Angehörigen der Kranken nicht selten gedunsenes Aussehen und an Myxödem erinnernde Verdickungen der Haut ins Auge, namentlich im Gesichte. Leider sind diese Befunde wegen der Häufigkeit der Schilddrüsenerkrankungen bei uns zunächst nicht weiter zu verwerten.

[1]) Grafe, Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 102, 15.

Sehr häufig schienen anämische und chlorotische Zustände zu bestehen.

Der Schlaf der Kranken ist während der ganzen Entwicklung des Leidens vielfach gestört, auch wenn sie ruhig daliegen. Die Nahrungsaufnahme schwankt von völliger Verweigerung bis zu stärkster Freßgier. Das Körpergewicht pflegt zunächst zu sinken, oft sehr beträchtlich, bis zur äußersten Abmagerung, auch trotz reichlichster Nahrungszufuhr. Späterhin sehen wir im Gegenteil das Gewicht nicht selten rasch ganz außerordentlich ansteigen, so daß die Kranken in kurzer Zeit ein ungemein wohlgenährtes, gedunsenes Aussehen gewinnen. Bisweilen beobachtet man in ganz kurzen Fristen sehr erhebliche Unterschiede im Körpergewicht, wohl im Zusammenhange mit Schwankungen des Wassergehaltes der Gewebe. Von den hier wiedergegebenen Kurven zeigt Figur 171 den Gang des Körpergewichtes bei dem gewöhnlichen Verlaufe eines katatonischen Stupors mit Ausgang in Blödsinn mittleren Grades. Obgleich nach dem Erwachen aus dem Stupor eine leichte Erregung einsetzte, nahm das Gewicht doch sehr stark zu. Die Figur 172 wurde bei der Kranken gewonnen, von der oben die Temperaturkurve stammt, und die trotz sorgfältigster Pflege und reichlicher Nahrungsaufnahme ohne irgendeine Organerkrankung in hochgradigstem Marasmus zugrunde ging. Sehr starke Schwankungen des Körpergewichts, vom Anfangsgewicht bis auf das doppelte, zeigt die Figur 173, die von einem jugendlichen Katatoniker gewonnen wurde. Der Kranke kam nach anfänglichem Wechsel von

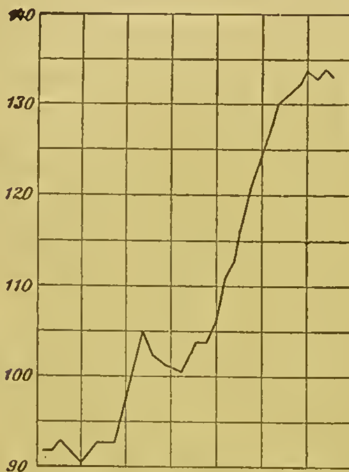


Fig. 171. Körpergewicht bei katatonischem Stupor mit Verblödung.

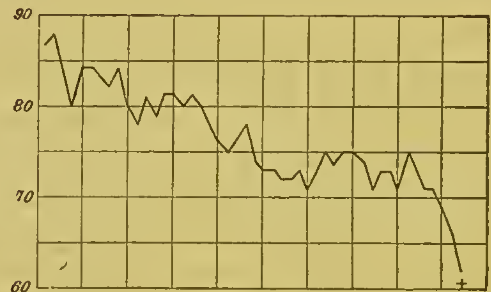


Fig. 172. Körpergewicht bei katatonischer Erregung.

Stupor und Erregung zu uns, erholte sich zunächst, versank dann aber unter Abnahme des Körpergewichts von neuem in tiefen Stupor, aus dem er nach einigen Monaten erwachte, um nun rasch außerordentlich zuzunehmen; zugleich aber hatte sich der Übergang in eine stumpfe Verblödung mit Zügen von läppischer Manieriertheit vollzogen. Die Figur 174 endlich bietet bei einer beginnenden Dementia praecox eine Reihe von ziemlich regelmäßigen Schwankungen dar, die jeweils mit einem Wechsel zwischen Stupor und größerer Klarheit einhergingen. Später verwischte sich diese Regelmäßigkeit, und es kam zu dauernder Verblödung. —

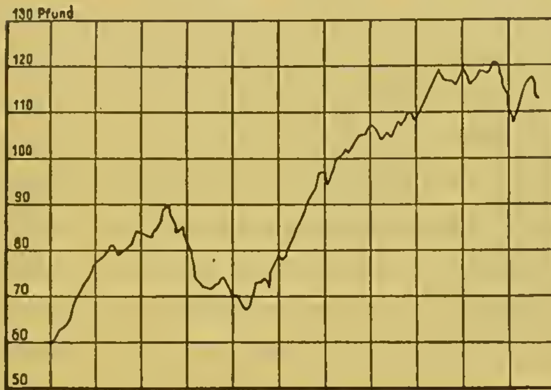


Fig. 173.
Körpergewicht bei Wechsel von Stupor und Erregung mit Verblödung.

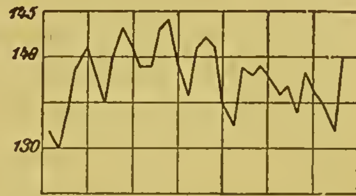


Fig. 174. Körpergewichtsschwankungen im Beginne einer Dementia praecox.

Die klinische Einzeldarstellung des großen Gebietes der Dementia praecox stößt auf erhebliche Schwierigkeiten, weil eine Abgrenzung der verschiedenen Krankheitsbilder nur künstlich durchführbar ist. Es gibt wohl eine ganze Reihe häufiger wiederkehrender Gestaltungen, aber zwischen ihnen liegen so zahlreiche Übergänge, daß es trotz aller Bemühungen heute unmöglich erscheint, sie scharf zu umgrenzen und jeden Fall einwandfrei einer bestimmten Form zuzuweisen. Wir werden uns daher, wie bei der Paralyse, zunächst damit begnügen müssen, der übersichtlicheren Darstellung halber gewisse häufigere Verlaufsformen[1]) des Leidens zu beschreiben, ohne dieser Gruppierung größeren klinischen Wert beizumessen.

Als solche Verlaufsformen habe ich bisher eine hebephrenische, eine katatonische und eine paranoide Gruppe von Zustandsbildern auseinandergehalten. Diese Einteilung ist mit manchen Abänderungen, die sich namentlich auf die klinische Stellung der paranoiden

[1]) Sante de Sanctis, Rivista sperimentale de freniatria XXXII, 141.

Erkrankungen bezogen, vielfach angenommen worden, so auch von Bleuler in seiner monographischen Bearbeitung der Schizophrenie; er fügt nur noch die schleichende „Dementia simplex" als besondere Form hinzu. Andere Gruppierungsversuche stammen von Räcke, der „depressive", „verwirrt-erregte", „stuporöse", „subakut-paranoide" Formen und eine „Katatonie in Schüben" auseinanderhält, ferner von Wieg-Wickenthal. Er unterscheidet „Dementia simplex", „Hebephrenie" mit pseudo-manischem Verhalten, „depressiv-paranoide Formen" und „Katatonie".

Die zweifellose Unzulänglichkeit meiner früheren Einteilung hat mich veranlaßt, nochmals an der Hand einer größeren Anzahl möglichst sicherer Beobachtungen den Versuch einer natürlicheren Gruppierung zu unternehmen. Mir standen für diesen Zweck etwa 500 in Heidelberg von mir untersuchte Fälle zu Gebote, bei denen nach ihrem klinischen Bilde wie nach der Länge der verflossenen Zeit der endgültige Abschluß des Krankheitsvorganges mit erheblicher Wahrscheinlichkeit angenommen werden durfte. „Geheilte" Fälle wurden wegen der heute noch bestehenden Unsicherheit ihrer Deutung nicht berücksichtigt, sondern nur solche Beobachtungen, die zu schwerer Verblödung oder doch zu deutlich gekennzeichneten dauernden Ausfallserscheinungen geführt hatten. Aus Gründen, die späterhin erörtert werden sollen, ist, wie ich glaube, nicht anzunehmen, daß durch diese Auswahl bestimmte Krankheitsbilder ganz aus dem Rahmen unserer Betrachtung herausgefallen wären; höchstens eine gewisse Verschiebung in der Häufigkeit der einzelnen Formen wäre denkbar.

Das Ergebnis dieses Gruppierungsversuches stimmt in manchen Punkten mit den Aufstellungen der obenerwähnten Forscher überein. Zunächst glaube auch ich, die einfache, schleichende Verblödung als besondere klinische Form abgrenzen zu sollen. An sie reiht sich die Hebephrenie im engeren Sinne, die von Hecker zuerst beschriebene läppische Verblödung. Eine dritte Gruppe bilden die einfach depressiven oder stuporösen Formen, eine vierte die Depressionszustände mit Wahnbildungen. Zu einer fünften Form habe ich die Mehrzahl der Krankheitsbilder zusammengefaßt, die mit stärkeren Erregungszuständen einhergehen; man könnte von einer agitierten Dementia praecox sprechen. Ihr nahe verwandt ist die sechste Form, die wesentlich die Kahlbaumsche Katatonie

umfaßt, solche Fälle, bei denen die eigenartigen Erregungszustände sich mit Stupor verbinden. Ein mehr abweichendes Bild zeigt dann die siebente und achte Gruppe, in der die paranoid verlaufenden Fälle untergebracht sind, je nachdem sie ihren Ausgang in die gewöhnlichen Endzustände der Dementia praecox oder in paranoiden bzw. halluzinatorischen Schwachsinn nehmen. Einer gesonderten Betrachtung werden wir dann noch die kleine Zahl von Beobachtungen zu unterziehen haben, die bei völliger Besonnenheit und leidlich geordnetem Handeln die merkwürdige Erscheinung der Sprachverwirrtheit darbieten.

Die einfache, schleichende Verblödung, wie sie von Diem[1]) unter der Bezeichnung **Dementia simplex** geschildert wurde, besteht in einer ganz unmerklich sich vollziehenden Verarmung und Verödung des gesamten Seelenlebens. Das Leiden beginnt gewöhnlich in den Jahren der Geschlechtsentwicklung, doch lassen sich die ersten, leisen Anfänge öfters schon bis in die Kindheit zurückverfolgen. Andererseits hat Pick auch eine „primäre progressive Demenz der Erwachsenen" beschrieben, von der es freilich sehr zweifelhaft ist, ob sie zur Dementia praecox gerechnet werden darf. Bei unseren Kranken macht sich ganz allmählich ein Nachlassen der geistigen Leistungen bemerkbar. Der früher gute, vielleicht ausgezeichnete Schüler versagt in immer auffallenderer Weise bei Aufgaben, die von ihm bis dahin spielend gelöst wurden, und wird mehr und mehr von seinen Kameraden überflügelt. Er erscheint zerstreut, gedankenlos, macht unbegreifliche Fehler, kann dem Unterrichte nicht mehr recht folgen, erreicht das Ziel der Klasse nicht. Während die reinen Gedächtnisleistungen vielleicht noch genügen, tritt immer deutlicher eine gewisse Gedankenarmut, Urteilsschwäche und Zerfahrenheit des Vorstellungsverlaufes hervor. Manche Kranke suchen durch verdoppelte Anstrengungen die Folgen ihres geistigen Rückganges auszugleichen, der von Eltern und Lehrern zunächst ihrer Trägheit und dem Mangel guten Willens zugeschrieben wird. Sie sitzen den ganzen Tag vor ihrer Arbeit, lernen nach Kräften auswendig, nehmen einen Teil der Nacht zu Hilfe, ohne doch damit ihre Leistungen verbessern zu können. Andere werden faul und gleichgültig, starren stundenlang in ihre Bücher, ohne zu lesen, kümmern sich

[1]) Diem, Archiv f. Psychiatrie XXXVII, 111.

nicht um ihre Aufgaben und lassen sich weder durch Güte noch durch Strenge antreiben.

Hand in Hand mit dieser Abnahme der geistigen Leistungen geht eine Veränderung der Gemütsart, die öfters das erste auffallende Zeichen des sich entwickelnden Leidens bildet. Die Kranken werden gedrückt, scheu, weinerlich oder patzig, reizbar, boshaft; manchmal bildet sich eine gewisse eigensinnige Verstocktheit heraus. Ihr Interessenkreis verengt sich; ihre Beziehungen zu den Kameraden erkalten; sie zeigen weder Anhänglichkeit noch Teilnahme. Nicht selten wird eine wachsende Entfremdung gegenüber Eltern und Geschwistern bemerkbar. Die Kranken bleiben gleichgültig gegenüber den Familienereignissen, schließen sich ab, beschränken die Berührung mit den Angehörigen auf das Mindestmaß. Bleuler zieht hier zur Erklärung vielfach den „Ödipuskomplex" heran, die verborgene geschlechtliche Zuneigung zu einem der Eltern nebst den aus ihr sich entwickelnden eifersüchtigen Regungen. Ich halte die Verallgemeinerung derartiger, gewiß recht seltener Fälle, wie sie zum Freudschen Lehrgebäude gehört, für gänzlich unbegründet. Weit natürlicher scheint sich mir der Gegensatz zu den Angehörigen aus dem dumpfen Gefühle der Minderwertigkeit und der trotzigen Auflehnung dagegen, vor allem aber aus der gewöhnlichen Erfahrung zu erklären, daß jene lange Zeit hindurch die Krankheitserscheinungen auf eine sittliche Verschuldung zurückzuführen und ihnen mit peinlichen Zurechtweisungen und Maßregelungen zu begegnen pflegen. Die gleichen Gegensätze sieht man ja auch in dem Verhältnisse zu andersartigen ungeratenen Kindern sich ganz gewöhnlich herausbilden.

Der Ehrgeiz und die Freude an den gewohnten Spielen und Nebenbeschäftigungen erlöschen; Wünsche und Zukunftspläne schweigen; Neigung und Fähigkeit zu nützlicher Betätigung schwinden. Der Kranke hat weder Ausdauer noch Verständnis, arbeitet kopflos, fängt alles verkehrt an, sucht sich nach Möglichkeit den Anforderungen zu entziehen. Er bleibt tagelang im Bett liegen, sitzt herum, vertändelt seine Zeit mit nichtigen Dingen, verschlingt vielleicht wahllos und ohne Verständnis bunt zusammengewürfelten und ungeeigneten Lesestoff, lebt planlos in den Tag hinein. Einzelne Kranke haben zeitweise wohl ein gewisses Gefühl für die Veränderung, die sich mit ihnen vollzieht, öfters in hypochondrischer Fär-

bung; die Mehrzahl aber versinkt in Stumpfsinn, ohne es irgendwie zu empfinden. Manchmal zeigt sich eine gewisse Unstetigkeit, die den Kranken zu ausgedehnten Spaziergängen, unüberlegtem Davonlaufen, zwecklosen Reisen veranlaßt. Eine besondere Gefahr birgt für ihn der Alkohol, dessen Verführungen er widerstandslos unterliegt, um dann sehr rasch herunterzukommen und mit der öffentlichen Ordnung und dem Strafgesetze in Widerstreit zu geraten. Das geschieht um so leichter, als manche Kranke gegen berauschende Getränke sehr empfindlich sind.

Unter diesen Umständen stellt sich immer deutlicher die Unfähigkeit des Kranken zur Erreichung der Vorbildung oder des Berufes heraus, die man für ihn ins Auge gefaßt hatte. Er besteht keine Prüfungen mehr, wird aus jeder Lehre als unbrauchbar fortgeschickt, vermag sich nirgends einzupassen und zurechtzufinden. Nach allen möglichen mißglückten Versuchen, sie unterzubringen, bleiben manche Kranke endlich in der Familie hängen, wo sie entweder ein bescheidenes, taten- und wunschloses Leben ohne erhebliche Störungen führen oder sich abkapseln und als schrullige Sonderlinge die Nachsicht ihrer Angehörigen auf harte Proben stellen. Anderen Kranken gelingt es doch noch, in irgendeinem untergeordneten Berufe Fuß zu fassen, besonders in der Gärtnerei oder Landwirtschaft, wo sie in engem Kreise noch ein beschränktes Maß von Pflichten zu erfüllen imstande sind. Wieder andere werden, da man keinen anderen Ausweg weiß, mit einigen Geldmitteln versehen und nach Amerika geschickt, wo sie alsbald verkommen; einige gelangen in die Fremdenlegion, um dort nach schweren Maßregelungen und Strafen wieder abgeschoben zu werden. Eine erhebliche Zahl endlich gerät unter die Schaar der Bettler und Landstreicher und pendelt stumpfsinnig jahraus jahrein zwischen Landstraße und Arbeitshaus hin und her, wo man den hoffnungslosen Versuch immer von neuem aufnimmt, aus ihnen „wieder brauchbare Menschen zu machen".

Die Entwicklung dieses Krankheitsbildes nimmt regelmäßig eine Reihe von Jahren in Anspruch. Sie kann kürzere oder längere Zeit stillstehen, andererseits aber auch gelegentlich einen rascheren Nachschub erfahren. Das Endergebnis, zu dem das Leiden führt, ist ein sehr verschiedenes, da es auf jeder Stufe der Entwicklung endgültig haltmachen kann. So sehen wir denn bei einer Reihe von Fällen eine ganz leichte, nur durch den Vergleich mit dem

früheren Verhalten bemerkbar werdende Einbuße des Seelenlebens zurückbleiben, während in anderen ein ausgeprägtes psychisches Siechtum zustande kommt.

Die Häufigkeit des Leidens ist wahrscheinlich eine ziemlich große, wenn auch nur ein kleiner Teil der Fälle überhaupt als krankhaft aufgefaßt wird oder gar in die Hände des Irrenarztes gelangt. Wer erinnert sich nicht an Jugendkameraden, die zunächst zu sicheren, vielleicht glänzenden Hoffnungen berechtigten, dann aber von irgendeinem Zeitpunkte ihrer Entwicklung an in unbegreiflicher Weise versagten! Es handelt sich hier um jene jungen Leute, die ohne greifbaren Grund und ohne besondere Krankheitserscheinungen einfach vertrotteln oder sich doch nur eine weit unter ihren ursprünglichen Aussichten liegende Stellung im Leben zu erringen vermögen. Weder sie selbst noch ihre Angehörigen ahnen vielleicht, daß sich hier ein Krankheitsvorgang abgespielt hat; nur die Kenntnis der schwerer verlaufenden Fälle legt den Gedanken nahe, daß es sich auch bei solchen leichten Einbußen an psychischer Leistungsfähigkeit um eine Dementia simplex handeln könne. Hier und da sind wohl auch einzelne Schrullen, Absonderlichkeiten oder gemütliche Unzulänglichkeiten bei sonst seelisch gut entwickelten Menschen als Überbleibsel leiser krankhafter Störungen im Sinne des hier besprochenen Leidens aufzufassen, wenn sich nachweisen läßt, daß sie sich erst in einem bestimmten Lebensabschnitte herausgebildet haben.

Der Stillstand des Leidens kann eine endgültige, wenn auch unvollkommene Heilung bedeuten; es kann aber auch früher oder später ein Fortschreiten des Krankheitsvorganges erfolgen. Ob letzteres immer möglich oder in manchen Fällen ausgeschlossen ist, vermögen wir heute nicht zu sagen. Eine wirklich schwere Verblödung scheint ohne akutere Nachschübe bei dauernd ausschließlich schleichender Entwicklung des Leidens nicht zustande zu kommen. Dagegen bildet eine viele Jahre, selbst Jahrzehnte dauernde Dementia simplex häufig genug die Einleitung einer der weiterhin zu besprechenden, in schwere Verblödung ausgehenden Formen der Dementia praecox. Wenn man will, kann man also die Dementia simplex gewissermaßen als den ersten Abschnitt der Dementia praecox betrachten. Die ihr zugehörenden Fälle machen auf einer der Stufen halt, die diesen Abschnitt bilden, während bei den übrigen Formen ein Fortschreiten des Leidens über ihn hinaus stattfindet.

Allerdings läßt sich bei ihnen durchaus nicht immer, sondern nur in einer gewissen Zahl von Beobachtungen ein erster Abschnitt im Sinne der Dementia simplex nachweisen.

Der einfachen schleichenden Verblödung in mancher Beziehung nahe verwandt ist diejenige Form der Dementia praecox, die wir oben als **„läppische Verblödung“** bezeichnet haben. In ihrem Krankheitsbilde tritt neben der fortschreitenden Verödung des Seelenlebens besonders die Zerfahrenheit im Denken, Fühlen und Handeln hervor. Sie entspricht, wie schon erwähnt, in der Hauptsache dem von Hecker[1]) 1871 im Anschlusse an Kahlbaums Forschungen mustergültig geschilderten Krankheitsbilde der Hebephrenie. Hecker faßte damals unter dieser Bezeichnung eine Gruppe von Fällen zusammen, bei denen sich nach einem melancholischen Eingangsstadium ein solches der Manie entwickelt, um rasch in einen ganz eigenartigen Schwachsinnszustand auszugehen. Daraszkiewicz[2]) hat dann den Begriff der Hebephrenie dahin erweitert, daß er auch die „schweren Formen“ umschließt, die zu tiefem Blödsinn führen.

Die Entwicklung des Leidens vollzieht sich in fast $^1/_5$ der Fälle ganz allmählich; öfters geht eine schleichende Veränderung der psychischen Persönlichkeit dem Auftreten deutlicherer Krankheitserscheinungen schon lange Jahre voraus. Bei den übrigen Kranken beginnt die Störung subakut; in einzelnen Fällen kann sie auch plötzlich einsetzen. Die Einleitung bilden bisweilen allgemeine nervöse Beschwerden, Klagen über Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Ohnmachten, Reizbarkeit, Schlafstörungen. Die Kranken werden zerstreut, vergeßlich, nachlässig, ermüden leicht, bringen die Gedanken nicht mehr zusammen; sie erscheinen gedankenarm, verständnislos, einfältig, faul, versagen bei alltäglichen Aufgaben, wechseln ihre Tätigkeit, weil sie ihnen zu schwer fällt, setzen die Arbeit aus oder geben sie ganz auf.

Hier und da treten Sinnestäuschungen hervor. Die Kranken sehen Erscheinungen, Hexen, Tote, das Geisterlicht, den Teufel mit weißem Bart, schwarze kleine Männchen, die sich ihnen auf die Brust setzen. Ein Kranker sah „die drei schönsten Kronen der Welt“; einem

---

[1]) Hecker, Virchows Archiv LII, 394.

[2]) Daraszkiewicz, Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Diss. Dorpat 1892.

andern wurden immer „schwarze Punkte zugeschnelzt". Sie hören gute oder böse Geister, den Edisonphonographen reden, Stimmen „immer von Liebe sprechen"; es wird in ihren Kopf hineingesprochen; die Gedanken werden laut; der Hosenträger wird zur Schlange; das Essen erscheint grün von Arsenik; es riecht nach Abtritt.

Nicht selten entwickeln sich vorübergehend Depressionszustände. Die Kranken sind gedrückter, niedergeschlagener Stimmung, meinen, sie seien syphilitisch, krätzkrank, magenleidend, haben Drücken im Gehirn, suchen alle möglichen Ärzte und Kurpfuscher auf; die Krankheit steckt in allen Gliedern. Ihr Krankheitsgefühl nimmt bisweilen ganz unsinnige Gestaltungen an. Sie haben kein Hirn mehr; der Rücken ist entzwei, das Blut ihnen genommen; der Leib ist abgestorben; die Beine sind vertauscht. Eine Kranke meinte, sie habe den Kaiser im Magen, alle Menschen im Leibe, ein Telephon, kleine Puppen, ein Rad im Kopfe, einen Holzkopf; aus ihr seien 5 Personen gemacht worden. Andere Kranke werden ängstlich, sind an allem schuld, verdammt, haben Sünden begangen, sollen jemanden umgebracht haben, wollen beichten, lesen eifrig in der Bibel, suchen Geistliche auf. Man sieht sie an, redet über sie, foppt sie, heckt Schandtaten aus, verfolgt, verkuppelt, hypnotisiert sie, hält sie zum Narren. Kleine Mädchen machen auf sie geschlechtliche Angriffe; überall sind Feinde, „Bezauberer", Verschworene; es ist ein Revolutionsjahr, eine Erbschaftsintrigue; der böse Feind ist im Spiele. Dem Kranken wird ins Rückenmark hineingeblasen, die Natur elektrisch abgezogen, die Stirn eingebogen; man zersprengt ihm die Hoden, zerschneidet ihm die Stiefel, gibt ihm Gift in die Speisen, macht nächtliche Angriffe auf ihn, verunstaltet ihn; beim Betreten der Kirche bekommt er Kopfschmerzen. Er muß verrecken, wird gefangen, zerstampft, „gespalten und gerädert". Die Frau ist untreu, verkehrt heimlich mit zwei anderen Männern, will ihn vergiften. Öfters tauchen Selbstmordgedanken auf; ein Kranker meinte, er hätte sein Kind töten mögen, damit es nicht so unglücklich werde wie er selbst.

Auf der anderen Seite begegnen uns, aber in geringerem Umfange, auch Größenideen. Der Kranke fühlt sich zu Besonderem berufen, ist mehr als alle, hat einen stolzen Geist, eine ungeheure Willenskraft, ist „die Zierde seiner Gefühle", von Gott gesandt, wird Christus, bekommt Offenbarungen; das Versöhnungsfest ist da.

Er ist Moritz Monfort von Scotland, von Fürsten und Kaisern umgeben, stammt von seinem Großvater Billbull, hat 10—20 000 Mark Vermögen, wird ein reicher Mann; die Klinik gehört ihm. Er will Großes erreichen, wird sich ein Vermögen machen durch Staatsbankerotte, sich die Erlaubnis zu einer Temperenzwirtschaft geben lassen und dann viel Wein, Bier und Schnaps verschänken. Ein Kranker hoffte „General mit 250 Mark Jahresgehalt" zu werden; eine Kranke meinte, sie sei geschieden und habe Kinder von einem Hauptmann; eine andere erklärte, sie sei die Kaiserin Augusta. Manche Kranke erkennen ihren Vater nicht mehr an, sprechen von ihren „sogenannten Eltern".

Bei der Äußerung dieser unsinnigen Wahnbildungen sind die Kranken meist ziemlich ruhig und ganz besonnen, klar über Zeit und Ort, über ihre Umgebung und ihre Verhältnisse, aber zerfahren, sprunghaft in ihrem Gedankengange, außerstande, sich ernsthaft und anhaltend geistig zu beschäftigen, kindisch urteilslos und bestimmbar. Auch ihre Wahnvorstellungen erscheinen meist nur als Einfälle, die nicht weiter verarbeitet oder festgehalten werden. Das Gedächtnis, insbesondere das Schulwissen, und die Erinnerung an die Vorgänge der letzten Zeit kann dabei ganz ungestört sein.

Die Gemütsbewegungen der Kranken stehen zwar zumeist im Einklange mit den von ihnen geäußerten Vorstellungen, gehen aber wenig in die Tiefe und zeigen vielfach ganz unvermittelte Schwankungen. Die Kranken lachen und weinen ohne erkennbaren Anlaß, bisweilen in krampfhafter Weise, geraten plötzlich in heftige Erregung, beruhigen sich aber auch ebenso bald wieder. Manchmal herrscht eine unverwüstlich gehobene, selbstzufriedene Stimmung vor, bei anderen Kranken eine kindische, leicht ins Weinerliche umschlagende Heiterkeit oder klägliche Verzagtheit. Oder die Kranken sind mißtrauisch, unwirsch, patzig, grob und roh, brechen bei den unbedeutendsten Anlässen in unflätige Schimpfereien aus, drohen und werden gewalttätig. Ein Kranker schoß ohne weiteres auf einen Bahnbediensteten, mit dem er in Wortwechsel geraten war. Einzelne Kranke neigen zu übertriebener Frömmelei; ein Kranker wollte seine Religion wechseln; andere beabsichtigen, ins Kloster zu gehen. Manche sind geschlechtlich erregt, schmieden Heiratspläne, zeigen ein „pathetisches Liebesverlangen", masturbieren, exhibitionieren, machen geschlechtliche Angriffe auf kleine

Mädchen; ein Kranker wollte sich zu Mutter und Schwester ins Bett legen. Frauen suchen einen Bräutigam durch die Zeitung, „schreien nach einem Mann", geben sich wahllos jedem hin, lassen sich von ganzen Trupps junger Burschen an der Landstraße mißbrauchen und verfallen der Prostitution.

Bei weitem am auffallendsten pflegt sich die Krankheit im Handeln der Kranken bemerkbar zu machen. Schon im Beginn des Leidens stellt sich regelmäßig eine Änderung ihres Wesens ein. Sie werden grüblerisch, menschenscheu, ziehen sich zurück, schließen sich ein, grüßen nicht mehr, stehen in den Ecken herum, starren vor sich hin, geben keine Antwort, sprechen mit sich selbst. Andere werden störrisch, eigensinnig, unverträglich, unbotmäßig oder ausgelassen, unruhig, schwatzhaft. Ihre Arbeitsfähigkeit leidet schwer. Um ihre Obliegenheiten kümmern sie sich nicht mehr, machen alles verkehrt; ein Kranker putzte die Stiefel mit Kot. Sie lassen alles stehen und liegen, werfen plötzlich die Schaufel weg, legen sich ins Bett, sehen den ganzen Tag aus dem Fenster, beschäftigen sich mit nichtigen Dingen, winden Blumensträuße; sie bemühen sich, Gedichte auswendig zu lernen oder das Latein anzufangen; ein Kranker meinte, „er gebe sich alle Mühe, zu ergründen, was es mit der positiven und negativen Elektrizität für eine Bewandtnis habe". Manche Kranke hören auf zu arbeiten, weil sie genug haben zum Leben; andere arbeiten wegen ihrer minderwertigen Leistungen „um die Kost", ohne Lohn; sie wechseln häufig die Stellen, weil man sie nirgends brauchen kann. Einer meiner Kranken erschien plötzlich unaufgefordert mit einer gestohlenen Mistgabel bei fremden Leuten, um mit Mist zu streuen; als er später einmal entwichen war, gesellte er sich zu Arbeitern und lud mit ihnen Steine ab, ging dann in einen fremden Stall und begann dort Holz zu sägen. Einzelne Kranke fassen einen Berufswechsel ins Auge. Ein Kranker, der bis dahin Theologe werden wollte, beschloß nun, Medizin zu studieren, da ihm die Theologie „zu dumm" sei; ein anderer plante, zum Theater zu gehen; ein dritter, der nie musikalische Neigungen gezeigt hatte, wollte Theorie der Musik studieren; ein vierter Kranker wünschte sich „ein Plätzchen im Spital".

Die gesamte Lebensführung der Kranken wird unsinnig und zerfahren. Sie verstehen nicht mehr mit Geld umzugehen, machen zwecklose Einkäufe, verschenken und verschwenden ihr Eigentum;

eine Kranke warf das gute Obst den Schweinen vor. Ein armer Kranker verjubelte eine Erbschaft von 5000 Mark binnen zwei Jahren; ein anderer nahm kein Geld mehr für die von ihm abgegebenen Waren. Manche Kranke geraten ins Trinken und kommen dadurch ungemein schnell herunter. In ihrem Äußeren werden sie unordentlich, nachlässig, unsauber, absonderlich. Sie waschen sich nicht mehr, tragen auffällige Kleidung, knüpfen Zigarrenbändchen ins Knopfloch, stecken sich Papier in die Ohren; ein Kranker legte ohne jeden Anlaß ein Bruchband an. Ein Rechtsanwalt band Blumen an Stock und Schirm, hängte sich einen Kranz um, steckte sich Broschen und Bilder an, schwärzte sich das Gesicht, malte ein großes Paragraphenzeichen auf seinen Gehrock.

Dazu gesellen sich eine Unmenge von unbegreiflichen und kindisch-zwecklosen Handlungen. Die Kranken werfen mit Steinen, legen sich in Kreuzesform auf den Boden, schneiden sich die Haare ab, entkleiden sich, baden öffentlich mitten in der Stadt, fangen nachts an Harmonika zu spielen, laufen auf den Geleisen des Rangierbahnhofes herum, versengen sich und anderen Haare und Bart mit der Zigarre, zerschneiden Wäsche und Kleider; sie zerstören, werfen mit den Möbeln um sich, wälzen sich am Boden, schlagen Purzelbäume im Bett, klettern auf den Ofen, rutschen mit den Stühlen im Zimmer herum. Ein Kranker zertrümmerte ein Christusbild und einen Grabstein; ein zweiter läutete während des Gottesdienstes die große Glocke; ein dritter zündete die Kerzen auf dem Hochaltar an und ahmte den Pfarrer nach; ein vierter legte sich in einen Springbrunnen. Ein Lehrer spielte mit seinen Schülern Fangens, streckte sich im Viehstall „aus Mutwillen" in eine Krippe, steckte den Kopf in den Brunnen, weil er wegen seiner großen Sünden recht gut noch eine Taufe brauchen könne, legte sich an den Boden, um auszumessen, wie lang seine Totenlade sein müsse; eine Dame fütterte ihre Puppen mit Kaffee. Eine Kranke beschimpfte sich selbst in den stärksten Ausdrücken; andere suchen sich zu erdrosseln, sich den Hals, die Finger abzuschneiden, meist ohne besondere Tatkraft, öfters in voller Öffentlichkeit. Ein Kranker verlangte Schießpulver; ein anderer ritzte sich mit dem Messer, um die Beeinflussungen zu vermindern; eine Kranke wünschte, daß man ihr den Leib aufschneide.

Sehr häufig beobachten wir bei den Kranken eine gewisse Un-

stetigkeit. Sie laufen plötzlich von der Arbeit, streunen, waten barfuß im Schnee, drängen fort, auch in der Nacht, werden fahnenflüchtig, verkriechen sich, machen sinnlose Reisen, oft ohne Geld und ohne Fahrkarte, wollen ins Schloß, nach Amerika; ein Kranker irrte tagelang ohne Nahrung im Walde herum. Infolgedessen geraten sie leicht unter die Landstreicher, betteln, begehen kleine Diebstähle und gelangen so ins Gefängnis und Arbeitshaus, wo dann oft eine Verschlimmerung ihres Zustandes einsetzt; von meinen männlichen Kranken traf dieses Schicksal fast ein Viertel.

Das Benehmen der Kranken zeigt regelmäßig viele Absonderlichkeiten. Sie sind sehr wechselnd in ihrem Verhalten, manchmal zugänglich, kindlich, lenksam, zu anderen Zeiten abweisend und unzugänglich, widerstrebend, reizbar, aufbrausend, bald redselig, weitschweifig, bald wortkarg, stumm. Ihre Sprechweise ist häufig manieriert, salbungsvoll, predigend, bisweilen polternd oder gesucht unflätig. Der Inhalt ihrer Reden ist vielfach verworren, unverständlich oder nichtssagend und inhaltsleer. Häufig findet sich das Todreiten bestimmter Redensarten, altbackener Witze, fader Reimereien, Einmischung ungewöhnlicher, mundartlicher oder fremdsprachiger Ausdrücke. Manche Kranke verblüffen durch merkwürdige Wendungen und plötzliche unsinnige Fragen; ein Kranker äußerte: „der schneuzt sich und ich schneuze; wer hat nun Recht, ich oder der?" Andere haben Neigung zu Wortspielereien und zu verschrobenem Symbolisieren.

Öfters treten diese Eigentümlichkeiten noch deutlicher in den Schriftstücken der Kranken hervor, die gewöhnlich im „Karlchen-Miesnik-Stil", nach Heckers Bezeichnung, gehalten sind. Neben nachlässiger Zusammenhanglosigkeit im Gedankengange, mehrfachem Wechsel der Konstruktion in lang ausgesponnenen Satzbildungen, Vermengung verschiedenartiger Bilder, unvermitteltem Einstreuen plötzlicher Einfälle, gereimter Ergüsse finden wir eine liederliche äußere Form, ungleichmäßige Handschrift, Verschnörkelungen einzelner Buchstaben, Unterstreichungen, Mangel oder Überfluß an Ausdruckszeichen, einförmigen, oft wörtlich sich wiederholenden Inhalt. Ein Beispiel dafür gibt das folgende Bruchstück eines von einem Abiturienten geschriebenen Briefes, das die Einleitung zu der hierneben wiedergegebenen Schriftprobe 31 bildet:

Schriftprobe 31. Brief eines Hebephrenen.

„Als Du am 19. Mai ds. Jahrs, nämlich eines schönen Sonntag Nachmittags, Dir, den Plan konstruiertest, mich pr. Bahn in der Irrenklinik zu H. pr. Adresse Herrn Dr. Prof. K., Littera Voßstraße Nr. 4, mit Deinem werten Besuche zu beehren, so meintest Du vielleicht damals, Deinem lieben, braven Sohne einen besonderen Gefallen zu erweisen, ihn in der Anstalt zu besuchen!

— Oder nicht?! — Wenn ich ferner die vielen Ungerechtigkeiten und Schimpfwörter nochmals rekapituliere, welche ich meiner lb. Mama an den Kopf warf, so glaube ich doch nicht umhin zu können, eingestehen zu müssen, daß ich lieber zuerst einen Besuch von mütterlicher Seite erwartet haben würde. Gesetzt nämlich den Fall, daß oben Erwähnte nicht nur krank hätte gewesen sein sollen, sondern es tatsächlich gewesen wäre, so hätte meine Wenigkeit in Ihrem Falle einen Besuch bei Ihrem Erstgeborenen zuerst Ihr dringend angeraten! Nun — da glücklicherweise mein 22jähriger Geburtstag mit Christi Himmelfahrt zusammenfiel, wie es Gott und das Geschick, aber im Irrenhaus, haben wollte, so bereitete mir der persönliche Besuch meiner Mutter zwar eine große momentane Freude, zumal da dieselbe aus mütterlicher Liebe mir noch einen Kuchen mitzubringen und eine silberne Kette zu versprechen, die Ehre und Gefälligkeit mir erwies, aber immerhin ein sichtlicher Trost wollte und konnte Ihr Besuch für mich nicht sein, aus dem alten Grunde, nämlich Unzufriedenheit meines Vaters mit meinem häuslichen Fleiße, Gewissenhaftigkeit betreffend! Ferner danke ich auch aus ganzem und vollem Herzen für die schöne Künstlerkarte mit der besonderen Unterschrift Familie G. Aber halt! Wer soll denn die Familie G. in diesem Falle sein, wenn ihr Hauptmitglied im Narrenhause hockt?" usw.

Die Flachheit des Inhaltes, die Verständnislosigkeit, die Geschraubtheit der Ausdrucksweise, die Zerfahrenheit des Gedankenganges zeigen ebenso wie die unsaubere, wegen der vielen Durchstreichungen und Änderungen kaum entzifferbare äußere Form der hier sich anschließenden Schriftprobe die tiefgreifende, mit seinem Bildungsgange in schroffem Widerspruche stehende geistige Unfähigkeit des ursprünglich sehr gut veranlagten Kranken. Zum Vergleiche stelle ich daneben einen in der Handschrift sehr ähnlichen Brief eines ebenfalls hebephrenen Tagelöhners, der in der äußeren Form geordneter, im Inhalt aber noch zerfahrener ist. Das unvermittelte Abspringen der Vorstellungen, die Gedankenleere, die inhaltlosen Redensarten sind hier von einem gewissen Krankheitsgefühle begleitet:

„Liebe Eltern und Geschwister! Seid nicht besorgt um mich, meine Gedanken sind auf den richtigen Weg gelenkt, ich hoffe ihr werdet das nicht mehr erleben. Ich bin überzeugt, daß ihr es mit mir gut gemeint habt und noch gut meint. Die sozialen Verhältnisse erfordern es, das man Steuer bezahlt. Leben und leben lassen das ist das Hauptprinzip eines rein menschlichen Gedankens besonders eines Tagelöhners wie ich bin. Der Einlauf hat mir gut getan; aber etwas nervenschwach bin ich. Ich werde mir Mühe geben meine Gedanken ganz nach den nat. liberalen Verhältnissen zu richten, nicht sozial. Ich bin auch nicht mehr so tiefsinnig. habe m Kenntnisse gewaltig verloren."

Auch in dem folgenden Briefbruchstücke eines jungen Kauf-

manns tritt neben der Verschrobenheit des Ausdrucks das Krankheitsgefühl deutlich hervor:

„Es ist nicht in Aussicht gestellt, daß eine Nachwirkung event. meiner Symptome zur Entscheidung gelangen, aber sicher ist daß die inliegenden Empfindungen Ihren Ausgleich entfalten . . Was mein Befinden anlangt, zeigen sich Schlußsymptome von epileptischer Kombination und ich bin jederzeit gefaßt, wenn das kommen sollte, was ich nicht erwartete. Die Depressiven, subj. psych. neurasthenischer Kombination entsprechenden Erscheinungen sind von andauernder Art und nun wirst Du vielleicht selbst wissen, was bevorsteht . . Mit meinen psychologischen und psychiatrischen Studien wird es nun auch bald gar sein, denn mein Befinden ist selbst aus Psychiatrie zusammengesetzt . .“

Ein anderer, späterhin faselig verblödeter Kranker schrieb einer verheirateten Frau in einem längeren Schreiben aus dem „Narrenhause H.“ eine deutsche, englische, französische und griechische Liebeserklärung mit der Versicherung, daß er seinem gepreßten Herzen Luft machen und auseinandersetzen müsse, was er nicht länger für sich allein behalten dürfe, ohne befürchten zu müssen, daß er einen Herzschlag bekomme oder seine Sinne eine andere Richtung einschlügen, als die, welche die Natur ihnen vorgezeichnet habe. Ein junger Theologe verfaßte das folgende Gedicht, in welchem die Gedankenleere des Wortgeklingels wie der Verlust des künstlerischen Gefühls sehr deutlich zum Ausdrucke kommt:

Ferner Länder Städte hab' ich viel gesehen,
Wunderbar gebaut und riesengroß,
Und es herrschte drin ein eigenartig Wehen,
Barg manch' süß Geheimnis in dem Schoß.
Und die Rätsel blieben ungelöst,
Hätte nicht die Liebste heimlich mir verraten,
Was uns anzieht, was uns von sich stößt,
Und dies alles bei dem besten Wein und Braten.

Die Haltung der Kranken ist oft unfrei, gezwungen, geziert oder schlaff und nachlässig, „unmilitärisch“, wie bei einem Soldaten festgestellt wurde; häufig begehen sie auch Verstöße gegen die militärische Mannszucht, lachen im Gliede, stehen nicht stramm. Sie schneiden Gesichter, nehmen eigentümliche Stellungen ein, liegen auf dem Gesichte, machen merkwürdige Gebärden, zerkratzen sich, spucken, sind gelegentlich unrein, liefern unsinnige Zeichnungen und Handarbeiten. Nicht selten kann man Befehlsautomatie, besonders Katalepsie, nachweisen.

Der Schlaf der Kranken ist vielfach gestört, auch durch nächtliche Erregungen. Die Nahrungsaufnahme ist unregelmäßig; die Kranken sind bisweilen gefräßig, nehmen zu anderen Zeiten gar nichts oder nur bestimmte Speisen zu sich, stopfen sie hastig in den Mund, essen äußerst unmanierlich, greifen mit den Händen in das Essen. Ein Kranker lehnte das Essen mit der Begründung ab, er lebe von der Übernatürlichkeit; ein anderer verlangte bessere Speisen und rief dazu: „Kellner, ein Glas Wasser!"

Der weitere Verlauf des Leidens führte in der weit überwiegenden Mehrzahl der von mir hier zusammengestellten Fälle zu tiefer Verblödung, die meist noch die Eigentümlichkeiten des vorhergehenden Krankheitszustandes, läppisches Wesen und Zerfahrenheit des Gedankenganges, deutlich erkennen ließ. In einem Viertel der Fälle wurden die Kranken völlig stumpf und gedankenarm, in einer weiteren Anzahl von Fällen manieriert oder negativistisch. Nur in etwa 12% der Beobachtungen verschwanden die Störungen soweit wieder, daß ein einfacher Schwachsinn ohne sonstige auffallende Krankheitserscheinungen zurückblieb. Länger dauernde Besserungen, bis zu 8 und 10 Jahren, mit späterem Rückfalle wurden in etwa 7% der Fälle festgestellt. Nicht selten zeigt der Zustand Schwankungen, bisweilen in ziemlich regelmäßiger Wiederkehr, auch im Zusammenhange mit den Menses. Da der Ausgang in leichtere Schwächezustände bei der Gesamtzahl unserer Fälle von Dementia praecox in etwa 19% zu verzeichnen war, ausgiebige und länger dauernde Besserungen aber in nahezu 26% der Erkrankungen vorkamen, müssen wir die läppische Verblödung jedenfalls als eine ungünstige Gestaltung des Leidens betrachten. Sie umfaßt etwa 13% unserer Beobachtungen. Anfälle scheinen mit nahezu 21% ein wenig häufiger zu sein, als im Durchschnitte. Das Alter, in dem die Kranken standen, entspricht ziemlich genau demjenigen der Dementia praecox überhaupt; 59% der Kranken hatten das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht; das männliche Geschlecht war mit 63% nicht unerheblich stärker vertreten, als im Durchschnitt (56%).

Als dritte Gruppe der Dementia praecox möchte ich unter der Bezeichnung der **einfachen depressiven** oder **stuporösen Verblödung** diejenigen Fälle zusammenfassen, in denen nach einem einleitenden Depressionszustande mit oder ohne die Erscheinungen

des Stupors sich allmählich ein endgültiges psychisches Siechtum herausbildet. Der Beginn des Leidens ist in etwas mehr als der Hälfte der Fälle ein schleichender, doch immerhin in nahezu 20% ein akuter, besonders bei den mit Stupor einhergehenden Formen. Bisweilen wird schon eine Reihe von Jahren vor dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit über ein stilles, scheues, gedrücktes Wesen berichtet. Die einleitenden Erscheinungen sind die früher geschilderten, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, mangelnde Eßlust, großes Ruhebedürfnis, hier und da Ohnmachten, hysteriforme oder epileptiforme Anfälle. Die Kranken hören auf zu arbeiten, vernachlässigen den Haushalt, legen sich ins Bett, ziehen sich zurück, starren in ein Loch, brüten vor sich hin, laufen davon, verkriechen sich, führen verworrene Reden.

Nicht selten zeigen sich Sinnestäuschungen, wenn sie auch keinen großen Raum im Krankheitsbilde einzunehmen pflegen. Die Kranken sehen die Jungfrau Maria an der Decke, himmlische Erscheinungen, Gott und den Teufel, Mäuse; sie hören die Leute schwätzen, die Geister poltern, die Stimme des Vaters, des Nachbars, der „Männer vom Kirchhof", der „Quäler von oben herunter", der Jungfrauen; die Kameraden sticheln. Ihnen werden Vorwürfe gemacht und Befehle erteilt, Gedanken eingegeben, die nachgesprochen werden müssen. „Die Stimmen bewirken das Gedankensystem und den Atem", sagte eine Kranke; sie hörte, daß sie verdammt, nicht mehr rein sei, zerhackt werden solle. Anderen Kranken wird das Essen verboten; „das hat sich so eingeschlichen seit 5—6 Jahren", meinte ein Kranker. Auch das Gefühl geschlechtlicher oder hypnotischer Beeinflussung kommt vor.

In der Regel tauchen nun allerlei depressive Vorstellungen auf, namentlich hypochondrischen Inhalts. Der Kranke leidet an allen möglichen Krankheiten, an Gehirnerweichung, ist schwach im Kopf, krank in den Nerven, unrein im Blute, hat sich den Nervenschwund durch Onanie zugezogen, den Verstand verloren; die eine Körperhälfte ist schon fort; er hat sein Leben nimmer. Der Sinn ist voneinander, der Leib zerschmolzen, das Herz abgerissen; „Vernunft und Verstand und Sinn sind zum Hirn hinausgefahren", meinte eine Kranke; ein anderer behauptete, er habe „die halbe Ausdünstung von einer Frau". Eine Vorstellung von diesen, sich in Begleitung der mannigfaltigsten Sinnestäuschungen und Mißempfindungen

allmählich entwickelnden hypochondrischen Gedankengängen mögen die folgenden Bruchstücke aus der umfangreichen Selbstschilderung eines dauernd völlig besonnenen und geordneten Kranken geben:

„Schon im Juni machte sich bei mir eine sehr große Aufgeregtheit bemerkbar . . Bemerkungen über mich konnten mich im höchsten Grade aufregen. Im Studium fing ich bald da und bald dort an . .; beim Schreiben habe ich mich dann sehr oft verschrieben . . Auf einmal passierte es mir, daß das Studieren gar nicht mehr ging: der kurz vorher gelesene Satz haftete nicht mehr. An einem größeren Exzerpt, das ich mir schon früher angelegt hatte, bemerkte ich eine bedeutende Veränderung meiner Schrift; überhaupt wechselte die Handschrift im Verlaufe des Niederschreibens weniger Seiten. Das Studium betrieb ich außerordentlich hastig und gönnte mir nicht mehr die nötige Ruhe und Erholung; selbst zum Essen wollte ich mir nicht mehr die nötige Zeit nehmen . . Das Gedächtnis ließ schon seit längerer Zeit zu wünschen übrig . . Mein Schlaf war schlecht; ich konnte lange nicht einschlafen und war des Morgens nicht recht gekräftigt und erfrischt . . Körperlich wurde ich immer schwächer; die Haut im Gesicht wurde blaß und fühlte sich pappig an. Ich hatte fortwährend die Neigung, in den Spiegel zu schauen. Ich sah, daß meine Augen einen eigentümlich matten Glanz hatten . . Wenn ich den Kopf rasch drehte, ließ sich schon früher ein eigentümliches Krachen vernehmen. Auffallend war mir die rapide Abnahme meiner Sehkraft, trotzdem ich meine Augen schonte . . Ich hatte mich seit langer Zeit daran gewöhnt, beim Spazierengehen meine Schritte dahin zu lenken, wo ich Aussicht hatte, nur wenigen Leuten zu begegnen . . Ich getraute mir nicht mehr, die Leute anzuschauen . . Später fing ich dann an, vor allen Dingen eine gewisse Furcht zu bekommen; ich traute mir nichts mehr anzusehen und glaubte, auch der Naturgenuß sei mir verwehrt; Ideen, wie wenn ich mich selbst nicht mehr berühren und ansehen dürfte, kamen mir bisweilen. Als ich dann, in ärztlicher Behandlung stehend, Bromsalzlösung trank, bekam ich im Gehirn seltsame, stechende Empfindungen. Im Gehen meinte ich, es werfe mir das rechte Bein vor, manchmal auch das linke . . Bis der Schlaf über mich kam, hatte ich in den Beinen das Gefühl, als preßte es diese fest an, und als ob es an den Schienbeinen und Füßen die Haut einziehe. An der linken Seite des Leibes, meinte ich, würde mit einem Pinsel heruntergestrichen, namentlich in der Herzgegend. Oft konnte ich mir bis zum Einschlafen gar nicht genug atmen; ich hatte dabei das Gefühl, als treibe es den Bauch immer höher auf, und als sei in der Brust eine Sperre gegen das Brustbein, so daß die Brust sich gar nicht mehr senken konnte. In den Kopf, meinte ich, rollten Kugeln hinauf, und diese fielen dann hinunter. Außerdem hatte ich noch folgende Empfindungen: die Schädeldecke rühre sich wie Glas an und die Haare wie Pelz; der Schädel lasse sich beliebig zusammendrücken; der Kopf sei bald leicht, bald schwer; die Zähne würden bald von innen heraus, bald hineingeschlagen. Die Zunge sei zum Sprechen bald zu lang, so daß sie an den Zähnen anstand, bald zu kurz und zusammengezogen. Am Gaumen verspürte ich allerhand drückende und ziehende Gefühle; die Nase

schlage es bald einwärts, bald auswärts. Es roch bald übel nach Mundgeruch, bald nach Odeur. Es wehe auch oft ein solcher Geruch auf mich zu. Es wehe kalte Luft her über das Gesicht. Es setze sich jemand neben mich hin aufs Bett. Der Hintere sei rauh wie ein Reibeisen. Im Herz seien Geräusche: es reibe wie 2 Mühlsteine aufeinander. Bald fühlte ich meinen Leib leicht, bald schwer. Ich meinte, es schlafe jemand dicht neben mir, und manchmal auch über mir. Ich hörte hell hämmern an der Wand und Schwirren in der Luft. Es sinke die Bettstatt nach den Füßen zu hinab und gehe beim Kopf in die Höhe oder sie lege sich seitwärts hinunter. Ich flöge mit dem Bette dahin. Oft waren mir die Stimmen lieber als diese Empfindungen; ich konnte bei ersteren eher einschlafen. Ich hörte Wallfahrer dahinziehen in 2 Chören; der eine sagte: ‚Der muß sterben' oder ‚der stirbt', der andere: ‚der wird wieder'. Zuvor hörte ich die große Glocke läuten, dann kleine, dann große und kleine durcheinander. Beim Lesen wurde ich durch eine Stimme zu meiner Linken gestört, die mir unangenehm schnell mitlas . . Der Hinterkopf kam mir beim Hinlegen auf das Kissen ganz schlottrig weich vor. Am und im Kopfe hatte ich folgende Empfindungen: Stechen oben, Spritzen aus den Haaren, Herabfallen von großen Tropfen vom Kopfe aus auf das Kissen. Außerdem glaubte ich oft, es fielen Tropfen auf die Bettdecke oder auf den Hemdärmel, auf die Handoberfläche, auf die Fingernägel . . Ich sah die Leute mit 2 Schatten an Stelle der Augen, dann blind; dann meinte ich wieder, sie hätten sprühendes Feuer in den Augen; einmal sah ich nur kurze Zeit die Leute im Gesicht schwarz . . Ich hatte das Gefühl, wie wenn ein Wurm im Gehirn herumkriechen würde; dann durch Gaumen und Zunge ins Rückenmark kriechen würde; im Halse verspürte ich knisterndes Krachen . . Ich hörte folgende Stimmen: ‚Nix Rar's', ‚nichts Besonderes', ‚Pell', ‚Lump', ‚Onanist' und namentlich in der letzten Zeit ausschließlich meinen Namen."

Der unter den geschilderten Erscheinungen langsam schwachsinnig werdende Kranke hat sich nicht nur auf das genaueste beobbachtet, sondern auch die Krankhaftigkeit der von ihm berichteten Störungen vollkommen deutlich erkannt; auffallend war bei ihm nur die gleichmütige Stimmung, mit der er alle seine quälenden Wahrnehmungen wiedergab.

Nicht selten treten auch Versündigungs- und damit zusammenhängende Verfolgungsideen hervor. Der Kranke hat falsch geschworen, eine Todsünde begangen, ist eine „sündige Schlange", wird der Sodomie beschuldigt, will sterben. Er muß sühnen, geopfert werden, ist dem Bösen verfallen, der ihm schon den Hals zuziehen will. Aus der Gesellschaft ist er ausgeschlossen, fürchtet nächtlichen Überfall; die Leute sind nicht gut zu ihm. Man beobachtet ihn, wird ihn holen, im Schinderkarren fortschleppen, köpfen, ihn eines schmerzlichen Todes sterben lassen. Die Speisen

sind dreckig, enthalten Gift. Öfters sind diese Vorstellungen sehr verschwommen und unklar, werden nur auf Befragen geäußert. Hier und da wird auch wohl einmal eine Größenidee vorgebracht; der Kranke ist ein untergeschobenes Kind, muß nach Höherem streben, mit Kaiser und Königen zusammenkommen, befindet sich im Paradiese. Der Kranke, von dem die obige Selbstschilderung stammt, meinte einige Jahre später, er werde wohl noch Professor werden.

Die Auffassung zeigt in der Regel zunächst keine gröberen Störungen, doch sind die Kranken meist unaufmerksam, gleichgültig, öfters auch ablehnend, schwerfällig. Personen und Umgebung werden gewöhnlich richtig erkannt, während die Kranken über die Zeitverhältnisse vielfach nicht klar sind. Der Gedankengang der Kranken ist abspringend, bisweilen verworren, ablenkbar. Gedächtnis, erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten bleiben bald leidlich erhalten, bald erfahren sie erhebliche Einbuße. Früher oder später macht sich jedoch immer ein gewisser geistiger Verfall geltend; die Kranken werden gedankenarm und urteilsschwach; „ich weiß oft gar nicht, wie mir ist“, sagte ein Kranker; „sie konnte nicht recht denken und wußte nicht, was sie redete“, erklärten die Angehörigen einer Kranken.

Die Stimmung ist im Beginn gewöhnlich ängstlich, niedergeschlagen, weinerlich-verzagt; die Kranken haben keine Freude mehr am Leben, wollen verzweifeln, fühlen sich unsicher; sie weinen und jammern, möchten sterben, weil es ihnen nicht mehr gefällt. Vielfach machen sie Selbstmordversuche, oft in sehr unsinniger Weise. Sie suchen sich aus dem Fenster zu stürzen, schlagen mit dem Kopfe gegen die Wand, gehen in einen Bach, um alsbald wieder umzukehren, laufen in den Wald, um sich dort erfrieren zu lassen. Eine Kranke trank Petroleum; ein Kranker hängte seinen Kopf zum Bette hinaus, damit man ihn abhauen könne. Bisweilen schieben sich vorübergehend Zeiten von gehobener und selbst ausgelassener Stimmung ein. Andere Kranke sind gereizt, mürrisch, gewalttätig. Die geschlechtliche Erregung macht sich in triebartigem Onanieren und rücksichtslosem geschlechtlichem Verkehr Luft; ein Kranker machte einer ihm gänzlich unbekannten Dame einen Heiratsantrag. Im weiteren Verlaufe aber, oft schon sehr bald, wird das Gemütsleben stumpfer, die Anteilnahme der Kranken an den Vorgängen um sie herum immer schwächer. Sie kümmern

sich nicht um ihre Mitkranken, bleiben gleichgültig bei aufregenden Ereignissen, verziehen keine Miene, wenn man sich mit ihnen beschäftigt oder selbst ihnen Schmerz zufügt. Zugleich werden sie unsauber, spucken in das Eßgeschirr, salben sich mit Urin, spielen mit Kotballen, schmieren.

Im gesamten Verhalten der Kranken pflegt sich vor allem die Verödung ihres Willens geltend zu machen. Sie sind müde, schlaff, träge, unselbständig, haltlos, lassen sich verwahrlosen, leben in den Tag hinein, verschleudern sinnlos Geld und Habe, lassen sich von zufälligen Einflüssen treiben und kommen daher rasch herunter, besonders wenn sie anfangen zu trinken. Manche werden Landstreicher, so ein Volksschullehrer meiner Beobachtung, der allmählich für seinen Beruf untauglich geworden war. Bisweilen führt die Kopflosigkeit und Reizbarkeit der Kranken zu recht bedenklichen Handlungen. Eine Kranke schloß die Gashähne nicht; ein Kranker bedrohte seine Frau mit dem Messer; ein anderer kaufte sich einen Revolver, um sich zu verteidigen. Manche Kranke müssen gewaschen und angekleidet werden wie die Kinder. Sehr häufig läßt sich bei ihnen Befehlsautomatie nachweisen.

Neben dieser Willensschwäche besteht vielfach eine gewisse Unstetigkeit; die Kranken wechseln Beruf und Stellung, laufen davon, machen planlose Reisen; ein Kranker fuhr dreimal nach Amerika und zurück. Dazu können sich allerlei Triebhandlungen gesellen. Die Kranken sprechen vor sich hin, sammeln alles mögliche in ihren Taschen, spielen tagelang Klavier, schreien plötzlich stundenlang, drängen heulend fort, beten, singen, lachen unbändig, werden ohne Anlaß gewalttätig, rutschen auf dem Boden herum, klettern an den Fenstern in die Höhe. Auch Bewegungsstereotypien kommen vor, rhythmische Rumpfbewegungen, vertrackte Arm- und Fingerbewegungen, Händeringen, Pflücken und Zupfen an den Fingern, Auf- und Ablaufen. Ein Kranker kniff sich immer die Harnröhre zusammen; ein anderer preßte mit gespreizten Fingern dauernd seinen Unterarm. Er gab über die Beweggründe seines Verhaltens folgende Auskunft:

„Ich muß das tun; wenn ich nicht zuheb', habe ich auf der Seite keinen vollständigen Lauf, kein inneres Leben; es ist eben schlimm, seitdem ich die Blutstockung hab, die Störung im inneren Gefäßgang. Bald bin ich außen so belebt, so gefühlsartig, bald wieder innen. Das Blut ist immer so untreu; die Belebung ist aber verschieden, bald Innenleben, bald Außenleben; das fühl ich so. Ich bin eben nervenschwach, am ganzen Körper schwach und ge-

schwächt; ich muß das tun; sonst halt ich's nicht aus. Die Ableitung durch die Glieder muß da sein; sonst können die Bestandteile nicht durch die Poren zirkulieren, das Blut, eben die Feuchtigkeit. Ich will doch leben; ich bin doch ein junges Wesen; ich muß immer für die Ableitung sorgen . ."

Auch die übrigen Willensstörungen der Dementia praecox pflegen sich in .mehr oder weniger ausgesprochener Weise einzustellen. Die Manieriertheit zeigt sich im Gesichterschneiden, in den Schrullen beim Handgeben, dem Herumstochern im Essen, dem Paradeschritt beim Marschieren, den feierlichen und gezierten Gebärden, dem Röcheln und den Schmeckbewegungen, die sich in das Reden einschieben. Manche Kranke liegen auf dem Bauche, am Boden herum, auf der Bettkante, nehmen unbequeme Stellungen ein, halten den Deckenzipfel im Munde. Die Reden der Kranken sind zerfahren, mit Flickwörtern, verschrobenen Redensarten, verblüffenden Wendungen durchsetzt; ein Kranker trat plötzlich auf den Arzt zu und sagte: „wollte Sie bitten um die göttliche Hoheit". Manche Kranke lispeln, flüstern, sprechen in gesuchtem Hochdeutsch, französisch, schreien mit verstellter Stimme. Der Negativismus tritt uns in dem unzugänglichen, ablehnenden Wesen der Kranken entgegen. Sie erwidern den Gruß nicht, blicken bei der Anrede nicht auf, geben ausweichende, unsinnige oder gar keine Antworten, stocken mitten im Satze, beginnen zu sprechen, wenn man sich abwendet. Sie weichen zurück, wenn man sich ihnen nähert, gehen rückwärts im Zimmer herum, kriechen unter das Bett, widerstreben starr bei jeder Maßregel. Ihre Haltung ist starr, gebunden, unfrei; die Glieder spannen sich bei jedem Eingriffe; manche Kranke liegen mit abgehobenem Kopfe im Bett oder sitzen mit gesenktem Haupte und geschlossenen Augen da. Sie bleiben nicht im Bette, dulden kein Hemde, stehen nackt herum, essen gar nicht oder nur, wenn sie sich unbeobachtet glauben; manche nehmen gierig fremdes Essen oder essen nur stehend in einem Winkel.

Diese negativistischen Erscheinungen, verknüpft und abwechselnd mit denen der Befehlsautomatie, kennzeichnen die in etwas mehr als $^1/_3$ unserer Fälle sich herausbildenden Stuporzustände. Sie schließen sich an die einleitende traurige oder ängstliche Verstimmung nach kürzerer oder längerer Frist an und können von sehr verschiedener Dauer sein. Nicht selten werden sie von rasch verlaufenden Erregungen durchbrochen; die Kranken singen plötzlich ein Lied, springen aus dem Bette, bekommen einen Lachanfall.

Die Zahl der in dieser Gruppe zusammengefaßten Beobachtungen beträgt nahezu 10% der hier bearbeiteten Fälle. Da 69% der Kranken das 25. Jahr noch nicht überschritten hatten, haben wir es hier mit einer Form zu tun, die vorzugsweise jugendliche Altersklassen befällt. Das männliche Geschlecht war mit 53% vertreten, also wenig abweichend vom Durchschnitte, schien aber an den mit Stupor verlaufenden Fällen erheblich stärker beteiligt zu sein.

Der weitere Verlauf der Krankheit wurde in etwas über 10% der Fälle durch Besserungen unterbrochen, die zum Teil mehrere Jahre anhielten; sie schienen mir bei den stuporösen Fällen häufiger zu sein. Bei einer Kranken stellten sich viermal solche Besserungen ein; ihnen folgten jeweils nach Entbindungen Rückfälle von immer längerer Dauer, bis sich endlich ein Verblödungszustand herausbildete, der 5 Jahre, bis zum Tode, gleichmäßig andauerte. Als Ausgang war in 27% der Fälle ein mäßiger Schwachsinn zu verzeichnen; die hier betrachtete Form besitzt somit eine wesentlich günstigere Vorhersage, als die läppische Verblödung; Anfälle traten mit 17% etwas seltener auf als dort. Unter den schweren Verblödungszuständen waren Formen mit völliger Stumpfheit oder mit negativistischen Zügen am häufigsten, letztere besonders als Ausgang des Stupors.

Diejenigen Fälle, in denen die Wahnbildungen eine erheblichere Ausdehnung und abenteuerliche Gestaltung gewinnen, fassen wir zu einer vierten Form der Dementia praecox zusammen, der **depressiven Verblödung mit Wahnbildungen.** Der Beginn des Leidens vollzieht sich in ganz ähnlicher Weise wie bei der vorigen Gruppe, anscheinend aber etwas häufiger subakut. Nachdem öfters schon jahrelang Veränderungen im Wesen der Kranken voraufgegangen sind, werden sie still, gedrückt, ängstlich, unruhig, klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Ohrensausen und hören auf zu arbeiten; ein Kranker litt längere Zeit an Platzangst. Allmählich oder plötzlich stellen sich nunmehr zahlreiche Sinnestäuschungen ein. Die Kranken sehen „schauderhafte Bilder", nackte Weibspersonen, 3 Heinzelmännchen, lange Züge geschmückter Menschen, feurige Strahlen, die Mutter Gottes, „Gott, zwei Löwen und den Kaiser", Gestalten im Himmel; Engel und Maria reichen ihnen den Kelch. Eine Kranke sah „ihre Gedanken".

Am stärksten ausgeprägt pflegen die Gehörstäuschungen zu sein.

Es ist Lärm im Hause; Einbrecher dringen ein; die Kinder jammern; es kracht und knallt in der Luft. Die Kranken hören Geschrei, „Zischereien“, „Ohrenschwatzen“, „scheußliche Redereien“, „ganz eigentümliche Sachen“, unanständige Dinge; man sagt ihnen „Grobes und Feines“; es ist eine „heimliche Sprache“; es sind Stimmen vom Himmel, von unten, Stimmen mit elektrischen Drähten; bisweilen spricht der ganze Körper. Die Stimmen plagen sie den ganzen Tag, werfen ihnen vor, daß sie ein unsittliches Leben geführt, ein Sittlichkeitsverbrechen an sich selbst begangen hätten, im Fahndungsblatt ständen. „Das ist der Allerschlechteste“, heißt es, „ein Hurenbeutel“; dem soll man Schläge verabreichen, die Ohren abschneiden; den soll man hinrichten, totschlagen; der kann Gift machen; die hat ein Kind. Andererseits wird dem Kranken gesagt, daß er eine Uniform bekommen, Polizeidiener werden, heiraten soll. Die Stimmen fragen ihn aus, geben ihm Gedanken ein. Seine Gedanken werden laut, so daß andere sie wissen und er mit aller Welt durch das Telephon verkehren kann; ihm wird vorgesprochen, daß er nicht denken könne. Eine Kranke gab an, sie fühle oftmals, als wenn sie ganz sachte etwas in den Sinn gelegt kriege, wo sie gar nichts denke. Fremde Menschen, Ärzte, sprechen in dem Kranken, und er muß nachsprechen, „Bestätigungen leise aussprechen“; die Mutter verbietet ihm, zu essen; eine Stimme fordert ihn auf, die Frau totzuschlagen; eine Kranke wurde angewiesen, sich zu entkleiden.

Das Essen schmeckt absonderlich, nach Erdöl, enthält „Schuhnägelsaft und Pottasche“; es riecht „nach Gift“, nach Schwefel; der Kranke merkt Öl im Munde, Pulvergeruch, wird chloroformiert. Ihm fährt etwas ins Gesicht; er fühlt, daß an ihm herumgestochen, ihm der Hals abgeschnitten, Sand in die Ohren gespritzt wird, daß man ihn elektrisiert; eine Kranke bekam Herzstiche, wenn jemand starb. Einzelne Kranke spüren Empfindungen im Leibe; andere haben das Gefühl, „daß Herren schlechte Sachen mit ihnen machen“, „so kitzliche Sachen, die nicht schön sind“. Öfters werden solche Empfindungen in abenteuerlicher Weise gedeutet; eine Kranke merkte, daß der Arzt ihr im Leibe hin- und herfahre; ein Kranker fühlte, daß ein Mann an ihn angebunden sei.

Einen ausgezeichneten Einblick in die erste Entwicklung des Leidens gewähren die folgenden Sätze aus der Selbstschilderung eines ganz akut erkrankten und rasch schwachsinnig gewordenen

jungen Musikers; sie wurde 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung aus eigenem Antriebe von ihm niedergeschrieben:

„In der folgenden Nacht wurde ich elektrisiert. Ich schließe das daraus, daß ich am folgenden Morgen ganz eigentümliche Schmerzen und Zuckungen verspürte und mir vor einigen Tagen durch einen elektrischen Apparat, der mir alle möglichen Stimmungen und Gedanken eingegeben hat, und vermittels dessen jeder Gedanke verstanden wird, zugerufen wurde: ‚Wir haben Sie elektrisiert' . . Da man in meiner Person einen großen Verbrecher oder gar einen Anarchisten (!) vermutete, wurde ich mehrmals auf mein Gewissen mit den größten Schmerzen elektrisch untersucht. Ich habe seit diesem Tage entsetzliche Mord- und Räubergeschichten in meinem Kopfe, die, zumal ich weiß, daß der Apparat immer noch an mir arbeitet, absolut nicht zu bekämpfen sind . . Hätte ich geahnt, daß ich so lange geplagt würde, so hätte ich schon vom ersten Tage an diese ganz merkwürdige Tortur aufgeschrieben; jetzt kann ich mich leider nur noch an weniges erinnern. Ich notiere mir dies alles, weil ich jetzt furchtbar unglücklich bin. Ich fühle, daß ich durch den Apparat geistig immer mehr aufgerieben werde, und habe des öfteren schon gebeten, daß die Leitung abgestellt und mir mein natürliches Denken zurückgegeben wird, da auf absehbare Zeit sonst leicht eine Katastrophe eintreten könnte. Es kam mir übrigens so vor, als ob Papa und Mama die ersten Tage auch elektrisiert wurden, was ich an den Bewegungen und dem Gesichtsausdruck meiner Eltern bei meinen oftmals schrecklichen Gedanken sehr deutlich erkannte . . Ich muß hier noch einen Punkt erwähnen, der mich so recht begreifen ließ, daß der Apparat noch funktioniert. Es sind dies die entsetzlichen Gerüche, die mir, ich weiß nicht wie, zeitweise übermittelt wurden. Als mich der Arzt untersuchte, strömten auch solche Pestgerüche aus, daß der Herr Dr. entsetzt zurückwich . . Eines Abends wurde mir durch den Apparat zugerufen: ‚Wir vermuten in Ihnen den Mörder der Kaiserin von Österreich (!!!)' . . Mir wurde auf elektrischem Wege eingegeben, daß ich L. ermorden wolle; als ich darüber einige Zeit sprachlos war, wurde mir durch den Apparat zurückgerufen: ‚Sie haben sich stark blamiert' . . Als ich hierauf fürchterliche Schmerzen auszustehen hatte — der elektrische Strom ging, wie schon früher, durch meinen ganzen Körper — wurde mir zugerufen: ‚Sie werden jetzt gelyncht (!!)' . . Namentlich das letzte Wort (Anarchist) wurde mir einige Minuten lang förmlich um den Kopf gewunden . . Wie meine Gedanken alle so genau verstanden werden und mir ganze Sätze durch den Apparat zurückgerufen werden — es ist dies Tatsache, daß ich bestimmt weiß, daß dies zum allergrößten Teile nicht meine eigenen Gedanken sind — ist mir ein großes Rätsel. Es muß dies ein ganz komplizierter Apparat sein, der mich selbst in jede beliebige Gemütsstimmung wie ernst, heiter, Lachen, Weinen, grimmig, humoristisch — verschiedene Male war es auch auf Galgenhumor eingestellt, das ich sehr wohl begriffen habe — liebenswürdig, griesgrämig, energisch, zerstreut (sehr häufig angewendet), aufmerksam, Verweilen der Gedanken auf einem Punkte bis zur Bewußtlosigkeit, ja selbst verrückt — ich erinnere mich eines Abends, wo ich tatsächlich nicht wußte, was ich

dachte — melancholisch, verwirrt usw. versetzt hat. Der ganz merkwürdige Apparat ist auch imstande, mir plötzlich Schlaf zu geben, den Schlaf abzuhalten, in mir Träume zu entwickeln, mich zu jeder Zeit aufzuwecken, mich bei größerer Anspannung des elektrischen Stromes (oder wie dies geht) auf jeden beliebigen Gedanken wie auch auf einen bestimmten Punkt zu führen, ferner die Gedanken abzulenken, ja selbst jede beliebige Bewegung mir einzugeben. Mein Geist ist dermaßen erregt, und kommen mir hauptsächlich beim Erwachen in der Frühe die unglaublichsten Gedanken . . Ich versuche sie mit äußerster Energie zu bekämpfen; es geht aber beim besten Willen nicht, solange der Apparat tätig ist und ich mich immer an denselben erinnern muß, da mir außerdem die Gedanken geradezu herausgezogen werden. Auch beim Lesen, sei es, was es wolle, kann ich dem Inhalt des Buches keine genügende Aufmerksamkeit schenken und kommt mir fast bei jedem Wort ein Nebengedanke . . Ich möchte noch einen Punkt festhalten; es ist das ein so übertriebenes Lachen, das mich schon öfters, wenn auch nicht gequält, so doch ganz eigentümlich berührt hat, und das ich fast gar nicht bekämpfen konnte. Dieses Lachen, das durchaus nicht schmerzlich ist, wurde mir dann übermittelt, wenn ich gerade was besonders Dummes dachte. Wenn man dies alles liest, scheint es der größte Blödsinn zu sein, der jemals niedergeschrieben wurde; ich kann indes nichts weiter mitteilen, daß ich dies alles tatsächlich empfunden, leider aber nicht verstanden habe. Es wird dies wohl nur derjenige begreifen, der mittels eines solchen Apparates ebenso wie ich schon gequält wurde; weitere Auskunft darüber wird wohl nur ein Sachverständiger geben können.“

Auffassung, Orientierung und Verarbeitung der äußeren Eindrücke sind vielfach gestört. Die Kranken verkennen öfters Personen und Umgebung, sind ratlos, unklar, verstehen ihre Lage und die sich abspielenden Vorgänge nicht. Sie klagen darüber, daß sie nicht mehr seien wie früher, daß ihr Verstand abgenommen habe, ihre Gedanken durcheinander gingen, daß sie nichts mehr recht zusammenbringen könnten; auch das Gedächtnis nehme ab. In der Tat machen sie bisweilen einen leicht benommenen, faseligen Eindruck, sind verworren und ablenkbar; „Verstand und Sinn gehen mir verloren während dem Gespräch“ meinte eine Kranke. Manchmal erhält man auf die einfachsten Fragen ganz beziehungslose, unsinnige Antworten, während die Kranken zu anderen Zeiten schnell und richtig rechnen oder leidliche Schulkenntnisse aufweisen.

Regelmäßig entwickeln sich nun eine Menge von Wahnvorstellungen, die zum Teil sehr ungeheuerlichen Inhalts sind. Die ängstliche Unklarheit der Kranken drückt sich in der Vorstellung aus, daß alles verfälscht, falsch ausgesagt worden, daß Krieg in der ganzen Welt sei, die Welt untergehe, daß sie sich „in einem

Zauberhause" befinden. „Es ist ein Mysterium", meinte ein Kranker; es geschehen die größten Ereignisse, das größte Geheimnis, das größte Weltwunder, daß Teufel in den Himmel kommen. Das Haus brennt, ist voll Leichen; das Landgericht wurde erstürmt, der Pfarrer erstochen; die Franzosen kommen; der Arzt ist Untersuchungsrichter, der Kaiser; alle Vorgänge haben eine unheimliche Bedeutung. Sehr häufig sind ferner Versündigungsideen, namentlich im Beginne. Der Kranke macht sich Gedanken über sein vergangenes Leben, Selbstvorwürfe. Er ist ein schlechter Kerl, hat Fehler gemacht, gelogen und gestohlen, die Frau betrogen, seine Kinder umgebracht, etwas über den Kaiser gesagt, die Religion zerstört, „Gottsau" gedacht, ist schuld am Krieg, am Tode eines Edelmannes, bringt Unglück über seine Familie; alle Leute sind um seinetwillen gestorben. Er ist der letzte Judas, verstoßen, gerichtet für Zeit und Ewigkeit, der Antichrist, kann nicht selig werden, soll sich dem Satan verschwören; die Kinder sind in der Hölle. Man hält ihn für einen großen Verbrecher, beschuldigt ihn des Diebstahls, eines Sittlichkeitsverbrechens; er muß sterben für die Sünden der Welt.

Nicht weniger mannigfaltig pflegen die Verfolgungsideen entwickelt zu sein. Man macht Anspielungen über die Kranken, beobachtet, fixiert, belauscht, verlacht sie. Sie werden beeinflußt durch Sympathie, behext, betäubt, chloroformirt, gehetzt wie ein flüchtiges Wild. Auf der Straße begegnen ihnen verdächtige Persönlichkeiten; im Keller sind Leute; der Dachdecker will sie umbringen; die Gendarmen kommen, um sie vor Gericht zu schleppen. Am Fenster erscheint ein Rabe, der ihr Fleisch fressen will; im Bette sind Schlangen; die schwarze Katze kommt; höllische Geister drohen. Die Ärzte geben Giftpillen, streuen Gift in die Ohren; auch die Luft ist vergiftet, das Frühstück mit Urin verunreinigt; im Essen ist Menschenfleisch. Der Kranke wird ermordet, hingerichtet, verbrannt, zerhackt und zersägt, lebendig seziert, von einem Gaul zertreten. Die Kinder sind krank; die Frau ist eingesperrt, die Tochter totgeschlagen, der Bruder gestorben, das Söhnchen aus dem Fenster gefallen; alle Juden werden geköpft; eine Mutter, die ihre Kinder in Gefahr glaubte, schickte sich an, sie zu ertränken. Es finden nächtliche Mißhandlungen statt; dem Kranken wird das Fleisch gefälscht, die Luft abgedreht, der Hals abgedrückt, die Kraft ausgesogen, das Blut abgetrieben, das Genick

gebrochen, der Hirnschädel probiert; man kann ihn „mit Worten verreißen von unten auf", ihm mit Worten „die Beine abschlenken". Das Gehirn ist verletzt; im Kopfe macht es alles mit; Gedanken werden „eingefleischt"; es ist ein anderer Geist im Leibe. Die Natur wird aufgeregt, der Samen abgetrieben, Vergewaltigung ausgeübt; die Krankenschwester macht geschlechtliche Anträge. Vielfach werden, wie früher erwähnt, die Verfolgungen auf die nächsten Angehörigen zurückgeführt. Die Familie will den Kranken an den Galgen bringen, der Vater ihn totmachen; die Mutter ist eine Hexe; eine Kranke behauptete, von ihrem Vater geschlechtlich gemißbraucht worden zu sein. Die Frau ist von anderen angesteckt, will den Kranken vergiften.

Sehr absonderliche Formen nimmt vielfach die Vorstellung von der Veränderung an, die sich mit dem Kranken vollzogen hat. Der Kranke fühlt sich schwach, finster, nicht recht im Kopfe, „nicht, wie es sein soll". Der Kopf ist „ein mit Blut gefüllter Gummischlauch"; alles ist in ihm rebellisch. Das Hirn will verspringen, ist schwer, durchbrochen; der Verstand ist zerstört durch Onanie; der Kranke kann nicht allein denken, so nicht draußen leben. Er habe die Krankheit mit Wurst hereingegessen, meinte ein Kranker, ein anderer, er sei krank durch eine Täuschung in England und Kaiserslautern. Das Gesicht ist ein Totengesicht, das Herz verdorrt, verhärtet, aufgebläht; die Knochen klappern; die Darmschlingen kommen zum Ohre hinaus; die Adern sind zersprengt; die Verbindung zwischen Gedärm und Magen ist gelöst; alles ist abgerissen und zusammengezogen. Der Kranke hat keinen Magen, keinen Darm mehr, keinen Stuhlgang, hat kleine Kinder im Halse, Schlangen und Schnecken in Hirn und Leib, einen Glasdiamant, einen Kirchturm in der Brust, einen Frosch im Magen. Er wird nicht mehr besser, lebt morgen nicht mehr, ist kein Mensch mehr, ein Meerschweinchen, ein Nordlicht, gestorben, nicht mehr auf der Welt, in einer anderen Welt; „ich bin wie totgeboren", sagte eine Kranke. Ein Kranker äußerte, er müsse den Talmud, seine Frau die Akropolis von Athen machen und dann einen hohen Herrn heiraten, während er ermordet werde. Vielleicht knüpfen solche sinnlosen Äußerungen an Sinnestäuschungen an; Bleuler vermutet unklare, durch entfernte Ähnlichkeiten oder Anklänge bedingte, vielleicht auch mittelbare Assoziationen.

In einer Anzahl von Fällen gesellen sich auch Größenideen hinzu, meist erst im weiteren Verlaufe. Der Kranke will reich werden, gut essen, bekommt eine Stelle an der Bahn vom Großherzog, hat ein ausgezeichnetes Gedächtnis, besitzt ein allwissend machendes Mittel, hat den „kaiserlichen Anfall", muß zum Kaiser. Ihm wird eine Millionenerbschaft vorenthalten; die Mutter ist nicht die rechte; sein Vater ist Graf, Fürst von Leiningen, der Großherzog, der Kaiser Friedrich; er ist selbst Millionär, Prinz von Hessen, besitzt ein Drittel der Erde; „mir gehört alles; es sind aber auch Teilhaber da", erklärte eine Kranke. Der Kranke ist gottbegnadet, Stellvertreter Christi, der Sohn des lieben, allmächtigen Gottes, spürt den Geist des Heilands, bekommt Eingebungen, streitet für den Glauben, hat die Bibel und die Welt im Kopfe, lebt ewig; der Geist geht von ihm aus; ein Kranker erklärte sich für die Braut des heiligen Geistes. Frauen sind „die Braut eines Herrn in weißem Anzug", bekommen „hoffentlich einen Mann, vornehm und von Rang"; sie sind Gräfinnen, Engel, „Mutter der Welt", Braut Christi, ihre Söhne Fürsten; eine Kranke meinte, sie sei die Mutter Gottes, habe es aber auch verdient.

Die Stimmung der Kranken ist in der ersten Zeit ängstlich, niedergeschlagen; sie jammern, heulen, brechen in Weinkrämpfe aus, wenn sie auch im Zusammenhalt mit den von ihnen geäußerten Wahnvorstellungen oft merkwürdig gleichgültig erscheinen. Sehr häufig tauchen Selbstmordgedanken auf; die Kranken bitten, man solle ihnen etwas in den Kaffee tun, sie totmachen, weil sie nicht mehr leben könnten; man möge sie köpfen, da sie doch nicht mehr recht gesund würden. Manche Kranke machen auch Selbstmordversuche, bald triebartig, mit großem Nachdrucke, bald mehr spielerisch. Mehrere Kranke sprangen aus dem Fenster; ein Kranker warf sich unter die Eisenbahn; eine Kranke stieß sich ein Messer in die Brust. Ein Mann legte sich vor einen Bierwagen, um sich überfahren zu lassen; ein anderer schlug den Kopf gegen die Wand; eine Kranke „probierte, wie das Ertrinken ist". Gar nicht selten schieben sich in die Angst Zeiten gehobener Stimmung ein, Kichern, Grinsen und Lachen, namentlich im weiteren Verlaufe des Leidens; auch gereizte Erregungen, unflätige Schimpfausbrüche, plötzliche gefährliche Angriffe auf die Umgebung kommen öfters vor. Einzelne Kranke legen im Beginn der Krankheit eine übertriebene Frömmigkeit an den Tag, knien, beten, lesen unausgesetzt in frommen

Büchern, wollen ins Kloster; eine Kranke ließ sich ein Büßergewand geben; eine andere machte dem Geistlichen in der Kirche Vorwürfe, daß er nicht recht predige. Die geschlechtliche Erregung äußert sich in Entkleidungen, Auflösen der Haare, unanständigen Reden, starkem Onanieren, das bisweilen auf einen Zwang zurückgeführt wird; eine Kranke legte sich in das Bett eines Missionärs; ein Kranker entleerte den Harn auf seine Schwägerin.

Das Handeln und Benehmen der Kranken steht zum Teil mit ihren Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen in einem gewissen Zusammenhange. Sie horchen zum Fenster hinaus, sprechen heimlich gegen die Wand, bemühen sich, unsichtbare Personen abzuwehren; ein Kranker bat, im Keller schlafen zu dürfen, um die Stimmen nicht zu hören; ein anderer fürchtete sich vor der Wachuhr. Manche predigen, wollen ihre Sünden beichten, bitten den Staatsanwalt um Schutz; eine Kranke versteckte sich aus Angst mehrere Tage und Nächte im Walde. Die Abneigung gegen die Angehörigen führt nicht selten zu feindseligen Angriffen. Ein Kranker bedrohte seine Mutter mit dem Messer; ein anderer wollte den Vater mit der Sense töten.

Sehr häufig jedoch ist eine Begründung für das Verhalten der Kranken gar nicht aufzufinden; vielmehr haben wir es dabei wohl mit triebartigen Handlungen zu tun, wie sie in der Dementia praecox so häufig sind; immerhin mögen dunkle Wahnvorstellungen öfters mit hineinspielen. Die Kranken werfen Sachen zu Boden, reißen sich die Kleider vom Leibe, greifen dem Arzte ins Gesicht, stehlen ihren Nachbarn Gegenstände, beißen ins Taschentuch; ein Kranker, dem eine Einspritzung gemacht worden war, biß sich sofort die Hautstelle heraus. Ein anderer ließ nachts die Mühle an und steckte dann einen Heuhaufen in Brand, wobei er schwer verletzt wurde. Manche Kranke verzehren Bodenwachs, Kot, trinken Badewasser. Auch die Angriffe auf die Umgebung können völlig triebartige sein; ein Kranker fühlte sich ohne verständlichen Beweggrund dazu gedrungen, seine Schwester umzubringen, und stach sie ohne weiteres in den Arm.

Weiterhin aber begegnen uns bei den Kranken auch hier alle die früher besprochenen eigentümlichen Willensstörungen. Vielfach zeigen sie wächserne Biegsamkeit, öfters auch Echoerscheinungen, lassen sich widerstandslos stechen; sie nehmen absonderliche Stel-

lungen ein „auf Befehl“, schneiden Gesichter, blinzeln, stoßen unartikulierte Schreie aus, schütteln den Kopf, machen sinnlose Gebärden, zupfen sich die Haare an den Geschlechtsteilen aus, liegen in den Ecken herum, speicheln in ihr Taschentuch, benehmen sich läppisch, „backfischartig“. Sie sprechen flüsternd, geziert, süßlich, in singendem Tone, mit vielen Fremdwörtern, in fremder Sprache, duzen den Arzt, führen verworrene, faselige Reden, verbigerieren, bringen Wortspielereien und sinnlose Reimereien vor, brechen plötzlich in meckerndes Lachen aus. Auch Negativismus ist häufig. Die Kranken werden unzugänglich, geben keine oder ausweichende Antwort, „weil sie es nicht zu sagen brauchen“, reichen die Hand nicht, „weil sie keine Zeit haben“, halten sich die Hand vor den Mund, essen nicht, weil sie meinen, sie dürfen es nicht, oder „weil sie von Gottes Wort leben“, nehmen aber heimlich Essen zu sich oder eignen sich die Speisen ihrer Nachbarn an. Sie drängen fort, widerstreben, lassen sich nicht ausziehen oder behalten keine Kleider an, legen sich verkehrt ins Bett, verleugnen ihren Namen, kümmern sich nicht mehr um ihre Umgebung, beschäftigen sich nicht, bleiben teilnahmlos im Bette liegen. Bisweilen entwickelt sich ein ausgesprochen stuporöses Verhalten; ein Kranker versank 10 Jahre nach Beginn der schweren Krankheitserscheinungen zum ersten Male in lange anhaltenden Stupor.

Der im allgemeinen fortschreitende Verlauf der Krankheit wurde in 14% der hier zusammengefaßten Fälle durch mehr oder weniger weitgehende Besserungen des Zustandes unterbrochen, die in der Regel 1—5 Jahre, gelegentlich aber auch 6, 7 und sogar 9 Jahre andauerten, bis eine neuerliche Verschlechterung einen Endzustand herbeiführte. Dieser Ausgang war in 20% der Fälle ein einfacher Schwachsinn, bei dem allerdings immer mit der Möglichkeit eines weiteren Fortschreitens der Verblödung gerechnet werden muß. Annähernd ebenso häufig war das Versinken in Verblödungszustände von jeweils stumpfem, faseligem, negativistischem, seltener von manieriertem Gepräge. Anfälle wurden in 27% der Fälle beobachtet. Die hier besprochene Form entspricht somit hinsichtlich des endgültigen Ausganges etwa dem Durchschnitte, neigt aber wenig zu Remissionen und ist auffallend häufig von Anfällen begleitet. Sie umfaßt nicht ganz 13% aller Fälle. Von den Kranken waren, etwa dem Durchschnitte entsprechend, 55% Männer; 48% hatten das

25. Lebensjahr noch nicht überschritten. Diese Form scheint demnach die vorgeschritteneren Lebensalter etwas zu bevorzugen, ein Umstand, auf den wir später noch zurückzukommen haben werden.

Die nächste größere Gruppe von Beobachtungen umfaßt diejenigen Fälle, in denen sich schwerere und länger dauernde Erregungszustände entwickeln. Nach der Art der auftretenden Krankheitsbilder, namentlich aber nach dem klinischen Verlaufe werden wir hier einige Unterformen auseinanderhalten können. Ferner glaube ich aus geschichtlichen Gründen jene Form der Dementia praecox, bei der sich eigenartige Erregungen mit Stupor verbinden, abtrennen und später gesondert besprechen zu sollen, da sie im wesentlichen dem von Kahlbaum gezeichneten Bilde der Katatonie entspricht.

Die erste Untergruppe, die wir vielleicht wegen ihrer Verlaufsart als **zirkuläre Form** bezeichnen dürfen, zeigt zunächst Verwandtschaft mit dem soeben besprochenen Krankheitsbilde, insofern auch sie mit einer Depression einsetzt und gewöhnlich mit lebhafter Wahnbildung einhergeht. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich in etwa 56% der Fälle allmählich, öfters nach sehr lange voraufgehenden, geringfügigen Vorboten; ungefähr 18% der Fälle setzen akut ein. Die Kranken werden schwermütig, ängstlich, ablehnend, grüblerisch, einsilbig, starren vor sich hin und äußern Todesgedanken. Sie klagen über Schlaflosigkeit, schwere Träume, Druck im Kopfe, Schläfrigkeit, sind gleichgültig, vergeßlich, arbeitsscheu, bisweilen unruhig, reizbar und gewalttätig, kurz von Gedanken, schwach von Sinnen, haben große Ideen, aber keine Energie, wie die Angehörigen eines Kranken angaben. Nicht selten besteht dabei ein deutliches Krankheitsgefühl. Die Kranken fürchten wahnsinnig zu werden, bitten um Hilfe. Ein Kranker verlangte Aufnahme in die Klinik, weil er verrückt geworden sei; ihm kämen immer so unanständige Gedanken; ein anderer gab an, er sei seit einem Jahre kopfleidend, die Gedanken verschwächt; ein dritter meinte, er sei seit 3 Jahren leicht schwachsinnig durch Onanie.

Sehr gewöhnlich stellen sich Sinnestäuschungen ein, besonders solche des Gehörs. Die Kranken sehen Schattenbilder, Gespenster, Verstorbene, ihre toten Eltern, eines ihrer Kinder ohne Kopf, zwei Teufel, werden verspiegelt und verblendet. Sie hören die Kinder schreien, eine Räuberbande mit Ketten in der Wand

klirren; das Bett spricht; der Teufel schwatzt ins Ohr; ein Erhängter redet. Ihr Name wird gerufen; sie werden gehänselt, verhöhnt, beschimpft, mit dem Fernsprecher gequält. Arme Seelen rufen; ihnen werden ganze Gedichte vorgeblasen; es sind „heimliche Schwätzereien", Stimmen wie aus der Entfernung, innerliche Gedankenstimmen, Einflüsterungen, Eingebungen, das Gedankentelephon. Die Gedanken werden dem Kranken abgezogen, gemacht, eingegeben; die Leute suchen ihn zum Selbstmorde zu verführen; er soll sein Kind töten; Gott verbietet ihm, zu arbeiten; er führt Zwiegespräche in die Ferne. „Es ist der Nürnberger Trichter; man hat es einfach im Kopf drin; es wird immer getrichtert", erklärte eine Kranke. Die Füße werden angespritzt, ein Strom durch den Kopf geleitet; ein Kranker hatte das Gefühl, als ob ihm die Augen herausgedrückt würden; eine Kranke beklagte sich über Vulvageruch.

Die Wahnbildungen zeigen überwiegend depressiven Inhalt. Der Kranke fühlt sich nicht frei, „innerlich zurückgedrängt", wird „durcheinander gemacht"; „mein Geist geht manchmal fort", sagte ein Kranker; ein anderer meinte, er sei tot; eine Kranke äußerte, sie habe in Chloroform gelegen. Der Kopf ist hohl, das Hirn zerrissen, verbrannt, das Geblüt und der Magen schlecht, das Eingeweide los, die Stimme gefroren; der Hals will zugehen. Es wird etwas an den Ohren gemacht; der Kranke fühlt sich beeinflußt, besonders in der Nacht; es ist Übertragung, „etwas Falsches in den Sachen"; „Elektrizität ist der ganze Kram". Zeichen werden gegeben; die Leute marschieren mit dem Kranken in gleichem Schritt, schauen ihn verdächtig an, wollen ihn schlagen; die Packer, die Polizisten, die Pfaffen verfolgen ihn. Er wird behext, ausgelacht, geutzt, verkauft und verkuppelt, nachts im ganzen Hause herumgeschleppt, ist zu Hohn und Spott da; man betäubt ihn, schlägt ihn mit einem Hammer auf den Kopf. Sauereien, Unzuchtsgeschichten werden gemacht; eine Kranke meinte, sie bekomme immer Kinder.

Der Mann ist tot; die Kinder sind hingerichtet; der Arzt gibt Giftpulver; der Kranke soll umgebracht, verbrannt werden; man wird ihm ein Bein abschneiden; er weiß „was im Untergrunde geschieht". Er ist an allem schuld, der Teufel selbst, hat Geld gestohlen, Gott gelästert, Kinder und Mutter geschändet, ist vom Teufel besessen, kommt ins Zuchthaus; er wird von Gott geprüft, will leiden,

3 Monate Schnecken essen und verhungern, an Ketten geschmiedet, aufgehängt werden; man soll ihm die Füße abschneiden; der Teufel sitzt in der Wand. Die Frau will ihn vergiften, hält es mit den Pfarrern; der Vater will ihn totstechen; die Schwägerin ist Giftmischerin; Vater und Bruder stehen zu den Verfolgern; er muß sich daher Waffen verschaffen. Alles ist verändert; der Bruder ist vertauscht, der Mann ganz anders; eine Kranke behauptete, zwei verschiedene Männer kämen abwechselnd zu ihr. Der Arzt ist der Kaiser, der Kronprinz von Schweden; die Bettnachbarn sind keine Kranken; die Klinik ist das Reichsgotteshaus, die Mädchenschule. Alles brennt; der Heimatsort ist abgebrannt; die Hungerkrankheit wird ausbrechen; es gibt Krieg; das Ende der Welt naht. Daneben finden sich einzelne Größenideen. Der Kranke hat einen höheren, göttlichen Beruf, ist Wilhelm I., General, Admiral, Nachfolger des Fürsten von Lippe-Detmold, Prinz, Sohn des Grafen Cotta, hat drei Bücher geschrieben, bekommt einen Orden vom Prinzregenten von Schweden, hat Schlösser; alles ist von Gold. Er ist Christus, wird erlöst, hat Verstorbene lebendig gemacht. Frauen sind Kaiserin, Welterlöserin, werden den Arzt heiraten; der Kaiser war verkleidet da; eine Kranke meinte, sie sei ein Findelkind, vom Manne geboren.

Wie schon aus den angeführten Äußerungen der Kranken hervorgeht, ist ihr Bewußtsein vielfach etwas getrübt; sie haben oft eine unklare, wahnhaft veränderte Vorstellung von den Personen und Vorgängen in ihrer Umgebung und von ihrer eigenen Lage. Manche Kranke faßten jedoch ganz gut auf und waren auch in den schwersten Erregungszuständen dauernd vollständig klar. Der Gedankengang ist verworren, zerfahren; in den Reden tritt erhöhte Ablenkbarkeit, Einflechten der gerade gehörten Worte, Weitschweifigkeit neben dem Haften an einzelnen, immer wiederkehrenden Vorstellungen hervor. Einzelne Kranke schrieben geordnete Briefe, während andere auch schriftlich ganz zusammenhanglose Erzeugnisse lieferten; ein Kranker sandte uns lange Zeit hindurch zahllose verworrene Postkarten.

Die Stimmung ist sehr starkem, plötzlichem Wechsel unterworfen. Die Kranken sind bald „innerlich bedrückt", „gemütsschwer", bald überschwänglich glücklich; sie flehen in einem Augenblicke um Verzeihung, beklagen ihre Liederlichkeit, bitten,

sie zu erlösen, um im nächsten in wieherndes Gelächter auszubrechen. Ebenso unvermittelt geraten sie in die sinnloseste Verzweiflung, kreischen, klammern sich an, beten leidenschaftlich „vor Angst und Not", jammern und schreien wie kleine Kinder; dann wieder sind sie gereizt, nörgeln, machen spitzige Bemerkungen, drohen, bekommen furchtbare Zornausbrüche, schimpfen maßlos bis zur Erschöpfung. „Es kommt immer plötzlich in Wallung", meinte ein Kranker.

Ungemein mannigfaltig und auffallend sind regelmäßig die Störungen des Handelns. Nur zum kleinen Teile steht das Treiben der Kranken mit erkennbaren, wenn auch krankhaften Beweggründen im Zusammenhange. Sie horchen auf die Stimmen, suchen Gestalten zu verjagen, beten „für die ganze Menschheit", prophezeien, predigen, beichten, trinken Weihwasser wegen ihrer Sünden, sind grob gegen ihre Angehörigen, von denen sie sich verfolgt glauben. Ein Schuhmacher bewarb sich um ein vornehmes Fräulein, von dem er annahm, daß sie sich für ihn interessiere; ein Kranker mit Eifersuchtsideen forderte seine Frau vors Schöffengericht.

Eigentlich beherrscht werden die Willensäußerungen der Kranken durch eine Unzahl der verschiedenartigsten Antriebe, die in regelloser Folge der eigentümlichen, hier sich entwickelnden Erregung entspringen. Manche dieser Antriebe führen noch zu geordneten, wenn auch sinnlosen Handlungen. Die Kranken laufen planlos fort, selbst im Hemde, wandern im Kreise herum, schmücken sich mit bunten Bändern, bemalen die Wände, bekritzeln jeden Fetzen Papier oder Zeug, erscheinen barfuß im Wirtshause, steigen auf die Türe, stürzen sich über das Kopfende ins Bett, „um sich Bewegung zu machen", heben plötzlich den Arzt in die Höhe, schneiden sich die Haare ab, entkleiden sich, machen zwecklose Reisen, greifen in die Suppe, drängen mit größter Anstrengung aus der Türe, umwickeln Finger und Ohrläppchen mit Fäden, spielen mit einem abgerissenen Knopfe, tragen verschiedenfarbige Strümpfe, suchen zahllose Male den Abort auf. Gar nicht selten werden sie für ihre Umgebung recht bedenklich. Sie suchen Feuer unter der Bettstatt anzulegen, schleudern Steine, spucken andern Leuten ins Gesicht, werfen Kranke rücksichtslos aus den Betten. Ein Kranker zertrümmerte die Nähmaschine; ein anderer packte die Frau am Halse, warf die Kinder zu Boden; ein dritter wollte

seinen Kindern den Hals abschneiden; eine Kranke versuchte das kleinste Kind umzubringen. Manche Kranke mißhandeln sich selbst und begehen tage- und wochenlang vor den Augen ihrer Umgebung fast unausgesetzt Selbstmordversuche, suchen sich zu drosseln, erklettern das Fenster, um sich herunterzustürzen. Scham und Ekelgefühle treten dabei ganz in den Hintergrund. Die Kranken entblößen sich, halten die Hand an den Geschlechtsteilen, führen unanständige Reden, sprudeln das schmutzige Badewasser durch Mund und Nase, waschen sich mit Urin, entleeren ihn in die Pantoffeln, fangen den Kot mit dem Taschentuche auf, schmieren, verzehren ihre Ausleerungen.

Bei weitem am kennzeichnendsten für die Erregung unserer Kranken sind aber die bisweilen das ganze Wollen überwuchernden, ziellosen, triebartigen Einzelbewegungen, die entweder in buntem Wechsel einander ablösen oder mit geringen Abwandlungen sich ungezählte Male wiederholen. Die Kranken reiben oder klatschen in die Hände, schütteln den Kopf, schlagen Purzelbäume, werfen die Bettstücke durcheinander, wälzen sich am Boden, tänzeln, hüpfen, führen drehende, rührende, spreizende Bewegungen mit den Armen aus, winden sich, zittern, schütteln sich, berühren oder betupfen Gegenstände, bohren den Finger in die Nase, strecken die Zunge heraus, schneiden Gesichter, schielen, machen absonderliche Gebärden, spritzen, plätschern und strudeln im Wasser. Auch in den Ausdrucksbewegungen der Kranken macht sich die Erregung geltend. Sie brüllen, kreischen, schreien, kommandieren, predigen, deklamieren, jauchzen, heulen, bald mit Trompetenstimme, bald süßlich, geziert; sie singen, pfeifen, pusten, schnauben, hüsteln. In der Regel sind sie geschwätzig, bringen verschiedene Sprachen durcheinander, sprechen mit unsinnigen Betonungen, verbigerieren, ergehen sich in Wortspielereien und Reimreißereien.

Dazu gesellen sich absonderliche Stellungen, theatralische Haltungen. Die Kranken pressen ihren Leib mit den Händen zusammen, liegen auf dem Bauche, in Kreuzesform am Boden, schlingen die Beine ineinander. Vielfach erkennt man auch die Anzeichen von Befehlsautomatie und von Negativismus. Die Kranken sind kataleptisch, ahmen nach, was man ihnen vormacht, schreien mit, sobald andere schreien; ein Kranker schrieb ihm zugerufene Worte ins Badewasser. Andere schließen die Augen,

pressen die Lippen zusammen, werfen ihr Essen fort, zerkrümeln das dargereichte Brot, um dann heimlich zu essen oder andern die Speisen zu entreißen; sie schlafen stehend, gehen nackt oder verkehrt ins Bett, geben nicht die Hand, legen sich in fremde Betten, verkriechen sich, halten den Harn zurück. Öfters sind sich die Kranken der Willensstörungen, die sich in ihrem Treiben kundgeben, einigermaßen bewußt. „Ich kann nicht handeln, wie ich will", sagte ein Kranker; „der Wille ist vorhanden, aber ich bring's nicht heraus", meinte ein anderer; ein dritter erklärte: „andere schaffen mit meinem Geist draußen". Die unsinnigen Handlungen erklären die Kranken damit, daß sie unter einem Zwange standen, daß ein Drang in ihnen war.

Die Stärke der hier geschilderten Erregungszustände unterliegt großen Schwankungen. Von leichtester Unruhe kann sie sich zu geradezu unerhörter, das Leben gefährdender Heftigkeit steigern. Es gibt Kranke, die sich wochen-, selbst monatelang nahezu ununterbrochen in sinnlosester Erregung befinden. Indessen, so plötzlich sie auftrat, so unvermittelt kann sie auch wieder verschwinden; gerade der oft in höchstem Maße überraschende und sich häufiger wiederholende Wechsel zwischen völliger Ruhe und stürmischer Erregung ist der Krankheit besonders eigentümlich. Auch die Dauer dieser Zustände ist eine sehr verschiedene. Bisweilen handelt es sich nur um kurze, einige Tage oder Wochen umfassende Einschiebsel; in anderen Fällen besteht Monate und selbst Jahre hindurch eine beständige Unruhe, die sich häufiger, auch wohl in ziemlich regelmäßigen Zwischenzeiten, zu stärkeren Erregungszuständen steigert.

Der im allgemeinen von der Depression durch die Erregung zu einem Endzustande fortschreitende Verlauf der Krankheit wurde in 53% der Fälle durch weitgehende Besserungen unterbrochen, in nahezu 14% sogar mehrmals. Diese Nachlässe dauerten bei der Hälfte der betreffenden Kranken bis zu 3 Jahren, in der anderen Hälfte bis zu 10 Jahren. In 70% der Fälle schob sich die Besserung nach der einleitenden Depression ein; mehrmals gingen zunächst wiederholte, durch freiere Zwischenzeiten getrennte Depressionen vorauf. Nach der Besserung setzte sich dann die Krankheit gewöhnlich mit einer zur Verblödung führenden Erregung fort; seltener schob sich nochmals ein Depressionszustand dazwischen, dem dann erst die Erregung folgte. Bei denjenigen Fällen, die sich erst nach

einer einleitenden Depression mit folgender Erregung besserten, begann der Rückfall meist wieder mit einer nunmehr zur Verblödung führenden Erregung; seltener schob sich nochmals ein Depressionszustand ein, oder es entwickelte sich nach Ablauf der freieren Zwischenzeit ohne auffallendere Krankheitserscheinungen allmählich ein psychischer Schwächezustand. Die Dauer der Krankheitsanfälle bis zur Erreichung des Endzustandes betrug bisweilen nur einige Wochen oder Monate, seltener 1—2 Jahre. Den Ausgang bildete in fast $^1/_4$ der Fälle ein einfacher Schwachsinn; ebenso viele Kranke versanken in völlige Stumpfheit, während bei den übrigen bald mehr eine redselige Zerfahrenheit, bald mehr ein verschrobenes, manieriertes Wesen, hier und da auch der Negativismus das geistige Siechtum begleitete. Eine Kranke starb im Verlaufe einer sehr schweren und andauernden Erregung ohne Organerkrankung. Anfälle kamen bei $^1/_5$ der Kranken vor. Nach Verlauf und Ausgang darf also die hier geschilderte Form als eine verhältnismäßige günstige Gestaltung der Dementia praecox bezeichnet werden. Sie umfaßt etwas über 9% der für diese Untersuchung verwerteten Beobachtungen. Die Beteiligung des männlichen Geschlechtes entsprach mit 53% nahezu dem Durchschnitt; da 61% unserer Kranken das 25. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, so scheint es im Vergleiche zu der allgemeinen Durchschnittszahl von 57%, daß in diesen günstiger verlaufenden Formen die jugendlicheren Kranken etwas stärker vertreten sind.

Als zweite Untergruppe, als **agitierte Form**, fassen wir diejenigen Fälle zusammen, in denen die Krankheit mit einem Erregungszustande beginnt, um dann unmittelbar oder nach mehr oder weniger zahlreichen Besserungen und Rückfällen in den Endzustand überzugehen. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich in 45% der Fälle plötzlich, während in etwa $^1/_3$ der Beobachtungen schon längere Zeit vorbereitende Krankheitserscheinungen bemerkbar sind. In der Regel werden die Kranken aufgeregt, reizbar, unbotmäßig, gewalttätig, laufen davon, führen unsinnige, zusammenhanglose Reden; bisweilen stellt sich ganz unvermittelt ein Zustand schwerer Verworrenheit ein.

Auch hier spielen Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörs, eine erhebliche Rolle. Die Kranken sehen feurige Kugeln, müssen „Tag und Nacht dem Licht zusehen“, den „Verblendereien“. Ihnen

werden Bilder vorgemacht; sie sehen vier Gehenkte baumeln, Mäuse, Ameisen, den Höllenhund, einen weißen Stern, Teufel, Engel, schwarze Männer, Leute mit Messern, Sensen und Beilen. Sie hören Hähne krähen, Schießen, Vogelgezwitscher, Klopfgeister, Bienensummen, Murmelei, Schreien, Schimpfen, Stimmen aus dem Keller oder von oben herunter; die Wände sprechen; Geister reden; im Leibe schwätzt es. Die Stimmen reden „unsaubere Sachen", „alles mögliche verwirrte Zeug, so Phantasiegebilde"; sie sprechen von dem, was der Kranke tut, „als wenn er etwas angestellt hätte", machen Vorwürfe, er esse zu viel, trösten. Es heißt: „Der muß geköpft, gehenkt werden", „Sau, schlechtes Mensch, wirst hingemacht"; die Frau ruft: „Saukerl!"; es wird über den Tod des Kranken verhandelt. Öfters verbinden sich Gesichts- und Gehörstäuschungen. Ein Kranker sah einen Engel, der ihm verkündete: „Büße; ich will dich krönen"; einer Kranken sagte ein Kind, das sie neben sich liegend erblickte: „Wart, bis ich dich hole!" Die Stimmen gehen bald von Gott, bald vom Teufel aus, von Geistern und Gespenstern, von der Bürgermeisterstochter; es sind Leute unter der Badewanne. Maschinen sprechen nach, was der Kranke denkt; die Gedanken werden anderen offenbar; sie werden abgezogen, dem Kranken fremde, ungünstige Gedanken, solche, die vom Teufel kommen, eingegeben. Der Engel Gabriel befiehlt; es findet „Stimmeingreifung" statt. Der Kranke wird durch etwas Riechendes betäubt; die Luft, das Essen stinkt, enthält unreine Sachen; das Wasser ist salzig. Man spuckt ihm ins Gesicht, behandelt ihn mit elektrischen Strömen; er fühlt die Schläge, wird gewürgt, geschaukelt, nachts von einem Leutnant an den Geschlechtsteilen gezerrt, jeden Abend geschröpft, kann keine Luft bekommen; im Bette sind Flöhe und Ungeziefer; „die machen den Menschen müde". Ein Kranker hatte das Gefühl, als ob alles herunterbreche, und rief: „Ich falle!"

Die Auffassung und das Verständnis der Umgebung sind vielfach gestört. Manche Kranke sind wie traumverloren, ratlos, äußern, es sei alles durcheinander, alles umgewendet; die Welt gehe unter; es sei Religionskrieg; die Weltachse sei umgekippt. Sie verkennen die Personen, bezeichnen den Arzt als ihren Vater, den Kreisschulrat, den Herzog von Orleans, den Heiland, eine Mitkranke als ihre Schwester; sie befinden sich in einem Fabrikhause, in Frankreich, im Nonnenkloster, im Gotteshaus, im „Schnallenhallenhaus". Da-

bei sind sie in der Regel gedankenarm, ablenkbar, einförmig in ihren Äußerungen, flechten verständnislos gehörte Worte ein. Der Zustand erhält dadurch die Züge der akuten Verwirrtheit, namentlich, wenn noch lebhafte Sinnestäuschungen vorhanden sind, und wird auch vielfach so gedeutet. Andere Kranke bleiben jedoch dauernd auffallend klar, machen treffende Bemerkungen, lösen Rechenaufgaben rasch und richtig.

Die Wahnbildungen der Kranken knüpfen zunächst an das Gefühl der mit ihnen vorgegangenen Veränderung an. Sie fühlen sich „unklar und unfrei", „nicht gut im Kopfe", „zerstreut in ihrem Geist", ganz verwirrt, „so eng", haben „so kindische Sachen in sich", wissen nicht, was sie sagen sollen. Im Kopfe ist alles ruiniert, „vergeistert", „vollständig kaput". „Ich war von immer ein Dummkopf", erklärte ein Kranker; ein anderer meinte: „Ich bin nicht mehr, wie ich gewesen bin, hatte keine Gedanken mehr, wußte nicht, wo ich hinlaufe"; ein dritter äußerte: „Ich bin ganz dumm, weiß nichts mehr", ein vierter: „Ich werde halb rasend, kann nichts mehr begreifen". Auch andere hypochondrische Vorstellungen werden geäußert. Der Kranke hat das Fieber, die Auszehrung, Schmerzen im Leibe, kann nicht atmen, ist eben beinahe gestorben; das Blut ist nicht in Bewegung; die Arme sind abgeschnitten, werden bald dicker, bald dünner; die Glieder sind verwechselt, der Körper verbrannt, die Füße zerbrochen; am Kinn sitzt eine kleine Mißgeburt, am Buckel ein Knüppel, im Leibe Wachs, im Hirn Kälte; ein Kranker meinte, seine eine Hälfte sei männlich, die andere weiblich.

Eine geringe Rolle spielen Versündigungsideen. Der Kranke hat alles Schlechte getrieben, ist Jakobiner, Anarchist und Nihilist, kommt ins Zuchthaus; der Böse holt ihn. Auch Verfolgungsideen treten nicht besonders hervor. Der Kranke führt ein marterhaftes Leben, bekommt verschimmeltes, hartes Brot und die kleinsten Fleischstückchen, nicht den richtigen Lohn, wird mit Blausäure vergiftet, von den Amtmännern, einem Dienstmädchen verfolgt, als Spion angesehen, von der Familie zum Opferlamm erkoren; nachts werden ihm Bett und Kleider beschmutzt; man will ihm sein Vermögen nehmen. Er soll ermordet, ins Grab geworfen werden, will nicht auf das Schafott. Es wird ein Unglück passieren; der Blitzstrahl kommt; die Eltern sind verbrannt; die Schwester ist gestorben; die Frau

hat sich erhängt. Nicht selten begegnen uns Beeinflussungsideen. Der Kranke fühlt sich magnetisiert, gebannt, wie elektrisiert, durch Gott, durch den Blick des Wärters beeinflußt, hat eine Maschine im Leibe; alles, was er tut, ist Bestimmung; er muß liegen bleiben „auf Befehl". Der Husten wird von den Ärzten gemacht; man überfällt ihn nachts, plagt ihn, will ihn irrsinnig machen; „die Saukerle waren an mir", meinte ein Kranker. Weibliche Kranke werden genotzüchtigt, chloroformiert und entehrt; eine Kranke glaubte, sie sei von einem Schatten schwanger und das Kind abgetrieben worden.

Am häufigsten sind Größenideen. Der Kranke fühlt sich zu Hohem bestimmt, steht bei Majestät in Arbeit, kann jeden ins Zuchthaus stecken, spricht viele Sprachen, wird Professor, will dozieren, bekommt eine Erbschaft vom australischen Kaiser, besitzt 50 Grundstücke, Millionen. Er ist Li-Hung-Schang, Prinz, Sohn des Königs von Württemberg, Majestät, Napoleon, Kaiser; ein Kranker fragte bei seiner Einlieferung, ob das Europäische Konzert benachrichtigt worden sei. Der Kranke erhält Offenbarungen von Gott, wird ein Buch über neues Christentum schreiben, die Welt erlösen, hat mit dem Teufel gerungen, war im Himmel; er ist „der Vater seiner eigenen Mutter", Mittler zwischen Gott und den Menschen, „Herr Heiliger Geist", paßt auf Erlösung, aufs Weltgericht. Er kann Kranke heilen, wird die Menstruation der Frauen abschaffen; niemand stirbt mehr. Weibliche Kranke werden reiche Frauen, haben Geld auf der Sparkasse für die Kinder, bekommen einen Oberbürgermeister zum Manne, werden einen Priester heiraten. Eine Kranke erklärte, sie sei die Himmelskönigin, wünschte einen eigenen Abort. Von der Unsinnigkeit und Zerfahrenheit der Wahnbildungen mag das folgende Briefbruchstück eine Vorstellung geben:

„Dir, lieber T., laß es angelegen sein, daß Du im neuen Jahre den leeren Raum voller Erdteile setzen thust und Dein Glück und Deinen Ruhm bis ins unendliche vergrößerst. In dem Falle nimmst Du auf der Welt den zweiten Platz ein und hast eine glückliche Zukunft. Millionen von Erdteilen sind Dir zur Fürsorge anheim gegeben und glücklich in Deinem Theismus. Daß Du bis jetzt noch letharg bist, das kann schließlich behoben werden, und wollen wir Dir das beste hoffen. Die Lethargie ist ein Teufelswerk und braucht vermutlich Zeit zur Hebung. Wie aber Deine Argie zu heben? Das ist's, was mir Kummer macht. Trinke recht Wein und Bier und bewege Dich viel in

Gesellschaft, dann vergeht's. Deinen Erschaffungsschandfleck bringst Du schließlich gar nicht weg . . Fröhliches Leben und glückliche Zukunft.

Mit herzlichem teilweisem Ehrenbeileid Dein Freund und Bruder

H. H. (Name des Anstaltsdirektors)
Heiliger Geist und dritte Person in der Gottheit.

Nota bene: gehorsamst aufzuwarten, daß ich später einen Sohn aus mir zeugen muß; dieser erhält den Titel ‚Sohn Gottes' und wird als vom heiligen dritten Geist gezeugt als zweite Person in der Gottheit aufgenommen. Sonst haben wir keinen Glanz und kein Ansehen bei uns. Dir, lieber T., verleihe ich als Neujahrsgeschenk den Titel ‚herrlicher, einziger Rat und lieber Allmanach'."

Die Stimmung der Kranken ist im allgemeinen gehoben, seltener ängstlich, immer aber außerordentlich raschen und starken Schwankungen unterworfen. Weinerlichkeit, Verstörtheit, wildes Lachen, furchtbare Schimpfausbrüche, ausgelassene Lustigkeit können einander unvermittelt ablösen. Ihren Angehörigen gegenüber verhalten sich die Kranken völlig gleichgültig. Die geschlechtliche Erregung äußert sich in Masturbieren, unsittlichen Angriffen, Eifersuchtsideen, Entblößungen; eine Kranke hängte ihr blutiges Hemd vor das Fenster. Ein Kranker war sehr gereizt gegen seinen Vater, der ihn immer zum Onanieren zwinge; ein anderer fühlte sich gedrungen, mit seiner Schwester den Beischlaf auszuüben. Hier und da treten homosexuelle Neigungen hervor.

Die Erregungszustände tragen die gleichen Züge wie bei der zuletzt beschriebenen Gruppe. Nur innerhalb enger Grenzen erscheint das Verhalten der Kranken einigermaßen begreiflich. So dürfte es mit religiösen Wahnvorstellungen zusammenhängen, wenn ein Kranker nachts die Glocken läutet, Altarkerzen anzündet, in der Kirche zu predigen beginnt, Gegenstände vom Altar nimmt, die Gräber öffnen will, sich mit der Zigarre Wundmale brennt. Verfolgungsideen führen dazu, daß die Kranken sich an die Polizei wenden, sich einen Revolver verschaffen, zu einem Besuche „nur unter starker Bedeckung" gehen, der Frau den Hals abschneiden wollen. Kranke mit Größenideen machen Einkäufe, verschenken sinnlos, schmieden Verlobungspläne, schreiben Briefe an Großherzog und Kaiser, wollen nach Rom, um den Papst zu befreien; solche mit Versündigungsideen knien, beten, bitten um Verzeihung; eine Kranke zog ihre Sonntagskleider an und wollte aus dem Fenster springen, um zu Gott zu gelangen, weil sie nicht alles gebeichtet

habe. Sinnestäuschungen haben zur Folge, daß die Kranken sich Papier und Brot in die Ohren stopfen, Geister zu verjagen suchen („fort mit dem Teufel!"); eine Kranke warf die Goldfische in den Abort, weil sie Lästerreden führten.

Im übrigen aber setzt sich die Erregung aus Triebhandlungen und sinnlosen Bewegungen zusammen. Die Kranken laufen planlos herum, treiben Possen, wühlen ihre Bettstücke durcheinander, zerreißen und zerstören, werfen mit Stühlen und Spucknäpfen, zerschlagen Scheiben, schleudern das Essen ins Zimmer, ihre Uhr in den Abort; sie ziehen sich nackt aus, werfen nach der brennenden Lampe. Andere zerkratzen sich das Gesicht, stürzen sich köpflings aus dem Bette, stecken einen Löffelstiel in den After, reißen sich Zähne aus, suchen sich zu erdrosseln, schlagen sich ins Gesicht, zerren an ihren Geschlechtsteilen, an den Ohren, alles triebartig, plötzlich, mit großer Gewalt, ohne erkennbare Begründung. Dasselbe Gepräge tragen auch die recht häufigen gefährlichen Angriffe auf die Umgebung. Die Kranken werfen ihre Angehörigen rücksichtslos zu Boden, schlagen einen Nachbarn nieder, gehen auf einen Unbekannten mit der Gabel los, beißen den Pfleger in den Arm; ein Kranker hatte den Finger des Pflegers so fest mit den Zähnen gepackt, daß er erst in der Narkose zum Loslassen gebracht werden konnte. Die Sinnlosigkeit dieser Handlungen geht deutlich daraus hervor, daß die Kranken dieselbe Person, die sie in einem Augenblicke stürmisch umarmen, im nächsten vielleicht mit den Fäusten bearbeiten.

Neben diesen, immerhin noch in einer gewissen Beziehung zur Umgebung stehenden Handlungen spielt sich aber wieder eine wirre Folge völlig zielloser Bewegungen ab, meist mit der Neigung zu ungezählter, einförmiger Wiederholung und zu rhythmischer Gliederung. Die Kranken rennen im Galopp herum, immer den gleichen Weg, laufen bis zur Ermattung ums Haus, springen in mächtigen Sätzen auf und ab, marschieren im Garten, „wie wenn sie strengsten Befehl vom Oberst hätten", machen Luftsprünge, tanzen singend herum, führen militärische Bewegungen, „Kraftübungen" aus, fuchteln mit den Armen, schlagen Takt, klopfen und trommeln gegen die Bettstatt, drehen sich um sich selbst, schreiben Figuren in die Luft. Sie lassen sich zu Boden fallen, wälzen sich brüllend herum, bäumen sich auf, überschlagen und kugeln sich, knirschen

mit den Zähnen, schneiden Fratzen, spritzen und spucken um sich. In ihren einfachsten Formen wird diese Bewegungsunruhe zum Spreizen, Schütteln, Zittern, veitstanzähnlichem Ausfahren der Hände, zum Trippeln und Stampfen, Wippen und Wiegen, Verdrehen der Arme und Beine, wie wir es dann in den Endzuständen als Überbleibsel der schweren akuten Willenserregung wiederfinden. Auf dem Gebiete der Ausdrucksbewegungen macht sich die Erregung in stundenlangem Singen und Harmonikaspielen, in gellendem Schreien und Kreischen, Stammeln sinnloser Laute, in unaufhörlichem Rededrang, Deklamieren, Reimen, Schimpfen, Pusten, Stöhnen, Zischen, Pfeifen, Seufzen, geltend; einzelne Kranke bringen alles singend vor; andere sprechen in selbsterfundenem Kauderwälsch.

Neben den triebartigen Entladungen lassen sich auch hier regelmäßig die Zeichen der anderen Willensstörungen auffinden, die der Dementia praecox eigen sind. Bewegungen, Handlungen und Haltungen der Kranken sind vielfach manieriert, bald plump, täppisch, bald geziert, verschnörkelt. Die Kranken nehmen verschrobene Stellungen ein, krümmen sich zusammen, balancieren, halten monatelang ein Ohrläppchen fest, schauspielern, reichen beim Handgeben nur die Fingerspitzen, schlingen das Essen, ohne es zu kauen, machen sich absonderliche Haartrachten. Eine Kranke benähte ihre Jacke mit weißen Figuren; ein Kranker kniete jedesmal beim Hereinkommen und beim Hinausgehen nieder. Andere sprechen in geschraubter Ausdrucksweise, in hochtrabenden Redensarten; ein Kranker schrieb küchenlateinische Briefe. Häufig besteht Befehlsautomatie; die Kranken ahmen nach, folgen auf Schritt und Tritt. Auch negativistische Erscheinungen begegnen uns fast überall. Schon die Unzugänglichkeit und Unbeeinflußbarkeit der Kranken dürfte in diesem Sinne zu deuten sein. Sie hören nicht auf das, was man ihnen sagt, befolgen keine Aufforderungen, lassen sich in ihrem sinnlosen Treiben auf keine Weise stören, selbst nicht durch Gewalt, nehmen nicht die geringste Rücksicht auf ihre Umgebung. Auf Fragen geben sie keine oder unsinnige, beziehungslose Antworten, belegen Personen, die sie richtig erkennen, mit willkürlichen Namen. Sie kauern sich unter der Decke zusammen, stecken den Kopf unter das Kissen, dulden keine Kleidung, bleiben nicht im Bette, wechseln das Hemd nicht, lassen sich nicht

auskleiden, halten den Harn zurück, um dann das Bett zu verunreinigen, essen nur unbeobachtet oder fremdes Essen, behalten das Brot stundenlang im Munde. Ein Kranker ließ sich nur halb rasieren, sprang dann davon; eine Kranke band ihre Schürze verkehrt um.

Auch hier kann die Stärke der Erregung sehr verschiedene Grade darbieten, von leichter, läppischer Unruhe bis zur schwersten Tobsucht. Der Bewegungsdrang kann so unbändig und rücksichtslos werden, daß es kaum möglich erscheint, den Kranken und ihrer Umgebung auch nur für kurze Zeit etwas Ruhe zu verschaffen. Beulen, Hautabschürfungen und selbst ernstere Verletzungen lassen sich unter Umständen gar nicht verhindern. Sehr überraschend wirkt dabei einmal die Besonnenheit mancher Kranker, die über ihre Lage und Umgebung ganz klar sein können, sodann aber das unvermittelte Einsetzen und das ebenso plötzliche Aufhören der Erregung, die öfters geradezu in Form von kürzeren oder längeren, abgegrenzten Anfällen auftritt.

Die hier geschilderten Zustände können nach manchen Schwankungen unmittelbar in unheilbare Schwächezustände übergehen. In 36% der Fälle jedoch kommt es nach dem ersten Anfalle zu einem Nachlasse aller Krankheitserscheinungen, der sich in 10% der Fälle sogar noch einmal und selbst mehrere Male wiederholen kann, bevor der Endzustand erreicht wird. Die Dauer dieser Besserungen schwankt von einigen Monaten bis zu 12 und 14 Jahren; sie beträgt am häufigsten etwa 3 Jahre. Das Wiedereinsetzen der Krankheit erfolgt meist mit neuen Erregungszuständen, etwas seltener in Form einer fortschreitenden Verblödung, hier und da auch wohl mit einem Depressionszustande, dem sich dann wieder eine Erregung mit Ausgang in Verblödung anschließen kann. Bei wiederholten Nachlässen der Krankheit können die Erregungszustände häufiger wiederkehren. In einem Falle beobachtete ich zunächst vier, durch jahrelange Besserungen getrennte Erregungen, von denen zwei in eine Depression ausliefen; dann folgte nach 15jähriger freier Zwischenzeit ein Zustand von Verworrenheit, der in einen endgültigen, von mir 8 Jahre hindurch verfolgten Verblödungszustand hinüberführte.

Den Ausgang der hier geschilderten Form bildete in 27% der Fälle ein einfacher Schwachsinn verschiedenen Grades. Nahezu ebensooft bildete sich ein Verblödungszustand mit ausgeprägten Manieren heraus, etwas seltener ein psychisches Siechtum mit vor-

wiegender Zerfahrenheit oder mit stumpfer Teilnahmlosigkeit; ein Kranker starb durch Selbstmord. Anfälle wurden in annähernd $^{1}/_{5}$ der Fälle beobachtet. Offenbar dürfen wir auch diese Form der Dementia praecox als eine verhältnismäßig günstige Verlaufsart betrachten. Sie umfaßt etwa 14% der Gesamtzahl unserer Fälle. Das männliche Geschlecht war mit 60% vertreten, ebenso die Altersstufen unter dem 25. Lebensjahre; nach beiden Richtungen liegen also die Zahlen etwas über dem Durchschnitte. Es ist wohl nicht ohne Interesse, zu bemerken, daß mir die geschilderte Form unter den zahlreichen, bei den Eingeborenen Javas beobachteten Fällen von Dementia praecox die bei weitem häufigste zu sein schien.

In engem Anschlusse an die hier zusammengefaßten Beobachtungen haben wir noch einer kleinen Gruppe von Fällen zu gedenken, die entweder in den einleitenden Abschnitten der Krankheit oder während ihrer ganzen Dauer ausgesprochen **periodisch** verlaufen; ihre Zahl beträgt nicht ganz 2% aller Fälle. Der Ausbruch der Krankheit erfolgte in $^{2}/_{3}$ meiner Fälle vor dem 20. Jahre, einige Male schon mit 14 Jahren. In kürzeren oder längeren Zwischenzeiten, öfters alle paar Wochen, manchmal auch nur alle Jahre einmal, stellen sich rasch ablaufende, verwirrte Erregungszustände ein. Beim weiblichen Geschlechte schließen sie sich häufig an die Menstrualperioden an, in der Weise, daß mit dem Eintritte der Menses oder kurz vorher auch der Anfall beginnt, um dann etwa 1—2 Wochen anzudauern, bis er einer gewöhnlich etwas längeren freien Zwischenzeit weicht („menstruelles Irresein"). Das Einsetzen der Erregung geschieht in der Regel ganz plötzlich. Nachdem höchstens leichte Andeutungen des beginnenden Anfalles, grundloses Lächeln, Blitzen der Augen, Herumwandern, voraufgegangen sind, entwickelt sich von einem Tage zum andern, oft mitten in der Nacht, das Bild einer tobsüchtigen Erregung. Bisweilen beschränkt sie sich auf erhöhte Reizbarkeit, Stimmungswechsel, Unruhe, Schwatzhaftigkeit; allmählich aber pflegen sich die Zustände zu verschlimmern, selbst bis zu schwerster Tobsucht, oft mit Wahnbildungen und Sinnestäuschungen. Das Körpergewicht nimmt dabei regelmäßig rasch ab, bisweilen um 5—8 Pfund in 24 Stunden (Fürstner). Die Figur 175 veranschaulicht seine Schwankungen während einer längeren Reihe von Anfällen bis zum Tode. Die Dauer der Erregung beträgt öfters nur wenige Tage oder Wochen; seltener besteht sie monatelang

fort, um dann nur durch einige ruhige Tage unterbrochen zu werden. Meist sind die Zwischenzeiten etwas länger, einige Wochen oder Monate. Im Laufe der Zeit kann sich die Dauer der Anfälle ausdehnen.

Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich meist ebenso schnell wie derjenige der Erregung, wenn man auch meist schon gegen das Ende des Anfalles eine leichte Abnahme der Verworrenheit und Unruhe bemerken kann. Der Kranke ist nun mit einem Male geordnet, aber auffallend still, gleichgültig, stumpf und gewinnt in der Regel keine vollständige Einsicht in die krankhafte Natur seines Zustandes, wenn er sich auch vieler Einzelheiten desselben noch gut erinnert. Vielmehr sucht er die überstandene Aufregung als etwas ganz Harmloses oder als durch die Umgebung, die Zurückhaltung in der Anstalt und dgl. veranlaßt hinzustellen. Er hält sich schon am ersten

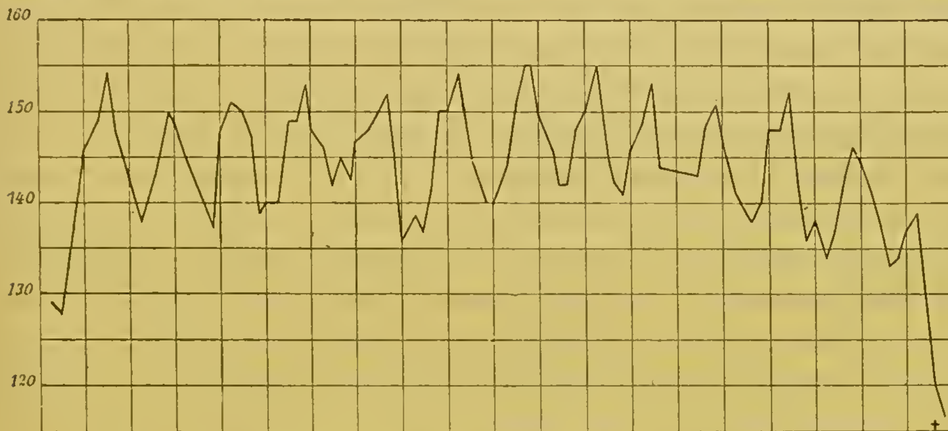


Fig. 175. Körpergewichtsschwankungen bei periodischer Erregung.

Tage der eingetretenen Beruhigung für völlig gesund und drängt auf Entlassung. Eine gewisse körperliche Erholung pflegt sich dann rasch zu vollziehen, doch bleibt das Körpergewicht auch während der nun folgenden Zwischenpause häufig niedriger, als in früheren, gesunden Zeiten.

Nach einer größeren Gruppe von Anfällen tritt vielfach ein längerer oder auch dauernder Stillstand ein. Oder aber die Anfälle dehnen sich aus und werden nur noch durch kurze freiere Zwischenzeiten unterbrochen. In einer kleinen Zahl von Fällen kann sich schließlich ein ganz regelmäßiger, Jahrzehnte fortdauernder Wechsel zwischen kurzen Zeiten schwerster Erregung und dazwischen liegender Beruhigung entwickeln. Bei einer von mir beobachteten Kranken hatte sich ein mit größter Pünktlichkeit eintretender täglicher

Wechsel zwischen völlig gesellschaftsfähigem Verhalten und heftigster Tobsucht herausgebildet, der mindestens ein Jahrzehnt hindurch fortbestand. Regelmäßig kommt es aber zur Entwicklung eines ausgeprägten psychischen Siechtums, das bald mehr die Züge eines einfachen Schwachsinns mit Gedankenarmut, Urteilslosigkeit, gemütlicher Stumpfheit und Willensschwäche trägt, bald noch von Zerfahrenheit und Manieriertheit begleitet wird. Im Gegensatze zu dem sonstigen Überwiegen der Männer waren $^2/_3$ dieser Kranken Frauen, bei denen offenbar die Periodizität des Geschlechtslebens die Entwicklung derartiger Verlaufsarten begünstigt.

Früher habe ich diese Formen dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet. Ohne Zweifel gibt es auch bei diesem Leiden Anfälle von ähnlich kurzer Dauer. Indessen bilden die hier geschilderten, in kurzer Frist sich wiederholenden Erregungszustände öfters nur einen Abschnitt eines sonst unzweifelhaft der Dementia praecox angehörenden Krankheitsverlaufes; ferner tragen die sich entwickelnden Schwächezustände durchaus die Züge des durch jenes Leiden erzeugten Siechtums. Diese Erfahrungen haben mich veranlaßt, meine Auffassung zu ändern. Dazu kommt, daß die Erregungszustände selbst mit ihrer Einförmigkeit, Triebartigkeit und Gedankenarmut viel mehr denen der Dementia praecox, als denen der Manie ähneln. Weiter wäre auf den Umstand hinzuweisen, daß periodische Erregungen in den Endzuständen der Dementia praecox auch sonst sehr häufig sind. Endlich könnte man anführen, daß gelegentlich erbliche Beziehungen zwischen dieser und anderen Formen der Dementia praecox nachweisbar sind. Man darf sich demnach etwa vorstellen, daß eine Eigentümlichkeit des Leidens, die gewöhnlich erst später sich herausbildet, in den hier besprochenen Fällen besonders früh und in besonders starkem Maße das Krankheitsbild beherrscht.

Die Erregungszustände der Dementia praecox bilden auch einen wichtigen Bestandteil derjenigen klinischen Form, deren Betrachtung wir uns nunmehr zuzuwenden haben, der **Katatonie**[1]). Unter

---

[1]) Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874; Brosius, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIII, 770; Neisser, Über die Katatonie. 1887; Behr, Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung. Diss. Dorpat. 1891; Schüle, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 515; LVIII, 221; Aschaffenburg, ebenda, 1004; Meyer, Archiv f. Psychiatrie XXXII, 780; Tschisch, Monatsschrift f. Psychiatrie VI, 38, 1899; Arndt, Centralblatt f. Psych. XXV, 81, 1902; Claus, Catatonie et stupeur. 1903; Pfister, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1906, 275.

diesem Namen hat Kahlbaum ein Krankheitsbild beschrieben, welches der Reihe nach die Zeichen der Melancholie, der Manie, des Stupors, bei ungünstigem Verlaufe auch der Verwirrtheit und des Blödsinns darbietet und außerdem durch das Auftreten gewisser motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen, eben der „katatonischen" Störungen, gekennzeichnet wird. Die von ihm gegebene, in vieler Beziehung meisterhafte Darstellung sollte zeigen, daß alle bis dahin als Melancholia attonita, Stupor, akute Demenz usw. bezeichneten Zustände in Wirklichkeit nur Erscheinungsformen einer einzigen Psychose seien, die, ähnlich der Dementia paralytica, trotz äußerlicher Verschiedenheiten des Verlaufes doch eine Anzahl durchaus eigenartiger körperlicher und psychischer Krankheitszeichen aufweise.

Soweit wir es heute übersehen können, muß die Kahlbaumsche Aufstellung in gewisser Richtung als zu eng, in anderer aber als zu weit bezeichnet werden. Die spätere Erfahrung hat gelehrt, daß sich die katatonischen Krankheitszustände von den übrigen Formen der Dementia praecox nirgends scharf abtrennen lassen. Vielmehr sind nicht nur gewisse Grundzüge des klinischen Bildes jenen wie diesen gemeinsam, sondern uns begegnen einzelne katatonische Krankheitszeichen vielfach auch bei sonst durchaus abweichenden Gestaltungen der Krankheit. Da ferner in allen übrigen Beziehungen, in den Entwicklungsbedingungen, im Verlaufe und namentlich in den Ausgängen, endlich, soweit darüber heute ein Urteil möglich ist, auch im Leichenbefunde keine irgend durchgreifenden Unterschiede erkennbar sind, so dürfen wir wohl die Katatonie Kahlbaums in der Hauptsache als eine immerhin eigenartige Verlaufsform der Dementia praecox betrachten. Auf der anderen Seite werden „katatonische" Krankheitserscheinungen unzweifelhaft auch bei manchen ganz andersartigen Krankheitsvorgängen in mehr oder weniger großer Ausdehnung beobachtet, so daß ihr Auftreten allein den Schluß auf das Vorliegen einer Katatonie im soeben bezeichneten Sinne nicht rechtfertigt. Nach dieser Richtung hin müssen wir demnach den genannten Begriff dahin einschränken, daß ihm nur solche Krankheitsfälle angehören, denen der Krankheitsvorgang der Dementia praecox zugrunde liegt. Wieweit und an welchen Zeichen wir das heute schon zu erkennen vermögen, wird späterhin zu erörtern sein.

Der Verlauf der Katatonie in den oben angegebenen einzelnen Abschnitten ist, wie schon Kahlbaum selbst mitgeteilt hat, kein unverbrüchlicher, sondern er stellt nur gewissermaßen den allgemeinen Rahmen dar, in den sich auch die abweichenden Beobachtungen ungefähr einpassen lassen. Die eigentlich kennzeichnenden Zustandsbilder sind vielmehr die „Manie“ Kahlbaums, die wir heute besser als katatonische Erregung bezeichnen, und der Stupor. Ich glaube daher als katatonische Formen der Dementia praecox diejenigen Fälle zusammenfassen zu dürfen, in denen die Verbindung der eigenartigen Erregung mit dem katatonischen Stupor das klinische Bild beherrscht. Freilich schieben sich auch bei den bisher geschilderten Erregungszuständen für ganz kurze Zeit oder in leichten Andeutungen gelegentlich Stuporzustände ein. Dadurch entstehen fließende Übergänge zu den nunmehr zu behandelnden katatonischen Formen, in denen beide, anscheinend so entgegengesetzte Zustandsbilder neben oder nacheinander zur Beobachtung gelangen.

Die Entwicklung des Leidens erfolgt in 41% der Fälle akut, in 31% schleichend, sonst subakut. Die Einleitung bildet in 47% der Fälle ein Depressionszustand; der akute Beginn ist in diesen Fällen etwas seltener. Die Kranken werden verschlossen, scheu, in sich gekehrt, zerstreut, verstört, teilnahmlos, reizbar, schweigsam, stehen herum, führen unverständliche Reden, beten, laufen viel in die Kirche, stehen nachts auf, essen und schlafen schlecht. Zugleich äußern sie eine Menge von vielfach ganz absonderlichen Wahnvorstellungen; es kommen „Anfechtungen“, „Ahnungen“. Sie haben schlimme Gedanken, fühlen sich verloren und verlassen, vogelfrei. Ihnen ist unheimlich, als ob sie jemand verfolge; ihr Leben ist nichts mehr wert, alles mißraten; niemand kann ihnen helfen. Sie werden von liederlichen Frauenzimmern verspottet, schlechtgemacht, angespuckt, beschimpft; man will sie ins Zuchthaus bringen, zum Tode verurteilen, schlachten, an die Eisenbahn anschnallen, das Haus in die Luft sprengen; die Familie trachtet ihnen nach dem Leben, will sie los sein. Die Hackmesser werden schon geschliffen; Leute kommen, sie zu holen; die Tochter wird ermordet; die Kinder kommen aufs Schafott. Alle Sachen werden fortgeholt; das Ofenrohr ist verstopft; es wird ein Raubmord auf die Mutter gemacht. Das Essen ist vergiftet, Schweineschmalz im

Kaffee; in der Suppe sind Würmer und Menschenfleisch; Gift wird hingeblasen; die Fliegen müssen den Kranken stechen; die Haare werden ihm ausgerissen.

Häufig gesellen sich Versündigungsideen hinzu. Der Kranke ist schlechter als Judas, die „alte ewige Sau", ein Verräter, nicht wert, in den Spiegel zu sehen; er hat gewildert, nicht genug gebetet, den Heiland ans Kreuz geschlagen, seine Kinder ermordet, bringt alle ins Unglück. Er hat drei böse Geister im Kopfe, muß immer am Leben bleiben, weil der Teufel in ihm steckt, will Buße tun. Man wirft ihm vor, daß er gestohlen, ein Kind vergewaltigt habe; er soll seinen Glauben abschwören, hat es mit dem Bösen zu tun; man soll ihm ein Gebetbuch und Weihwasser geben, ihm den Kopf abhacken. Manche Kranke wehren sich gegen die vermeintlichen Vorwürfe; sie haben nichts getan, wollen nicht totgestochen werden. Sehr klar kommen die Versündigungsideen in der folgenden Niederschrift eines Kranken zum Ausdrucke:

„Ich bin eine ganze Welt von Gemeinheiten und geheimer und offener Laster, glaube daher, daß ich nur Schaden mit meinem Kot von Gemeinheiten und Bosheiten, kurzum auf allen Gebieten anrichte, wo ich gerade bin. Ich bin zu feig, einen harten Tod zu sterben oder zu krepieren und meine daher, es wäre jetzt an der Zeit, vollends mittels eines Revolvers zu krepieren. Schädling in jeder Weise, bin ich ja eigentlich keinen Schuß Pulver wert und habe Dir nie ein Jota genützt, im Gegenteil nur 1000fach geschadet, drum eben weg mit mir, ausgerottet vollständig."

Öfters entwickelt sich ein Zustand von Ratlosigkeit und Verworrenheit. Alles ist verzaubert, verwechselt, voller Wirrnisse und Verwicklungen, verhext; der Kranke glaubt sich im verzauberten Schlosse, in China, im Himmel, führt Kämpfe mit Tod und Teufel. Es ist Krieg; der Himmel fällt herunter; es brennt; das Haus stürzt ein; der Weltuntergang steht bevor; die Pfalz geht in Flammen auf. Der Kranke wird von falschen Leuten krank gemacht, kennt sich selbst nicht mehr, fühlt sich „ganz verdunkelt", kommt sich fremd vor; die Möbel gehören ihm nicht; die Besucher sind nicht die richtigen. Mitkranke hält er für seine Angehörigen, für Fürstlichkeiten, den Arzt für den schwarzen Teufel, für Jesus, für den König. Alle Menschen sind umgebracht; niemand ist mehr daheim; alles wird fortgetragen, der Kassenschrank aufgesprengt.

Sehr häufig sind hypochondrische Vorstellungen. Der Kranke hat Gliederweh, Druck in der Kehle, Gift im Körper, die Schwind-

sucht, die Wassersucht, muß sterben. Der Same ist nach innen getreten; die Knochen wachsen zum Leibe heraus. Die Füße sind schwarz, die Hände verfault; ein Kranker meinte, er sei schmutzig, und wusch sich immerfort. Der Magen läuft auf und ab; das Blut dringt aus Mund und Nase; Feuer schlägt aus dem Maule; der Kot ist lebendig. Hals und After sind zugewachsen; die Glieder werden kleiner; die Augen sind ausgestochen; der Kranke hat einen Pferdefuß, Chlorkalk im Bein, ist voll Gras und Moos, mit einer Glasscheibe verschlossen. Er ist kopfleidend, leer im Kopf, hat Diphtheritis im Hirn, Käfer im Kopf, kann nicht reden; das Gedächtnis hat sehr gelitten. Auch das Gefühl der Beeinflussung spielt in den Wahnbildungen oft eine Rolle. Die Kranken fühlen sich „von magischer Macht beeinflußt“, „von unsichtbarer Gewalt beherrscht“. Nachts werden „elektromagnetische Sachen gemacht“; man läßt ihnen die Natur abgehen, macht sie verrückt; sie müssen Sauereien denken, tun, was die Medien wollen, werden vom Arzte in magnetischen Schlaf versetzt.

Hier und da treten neben den depressiven Vorstellungen Größenideen hervor. Der Kranke ist Gustav Adolf, König von Ungarn, großer Athlet, will nach Wien und dort Kaiser werden, erbt Geld von seiner Braut, bekommt von Gott 60 000 Mark, will heiraten, mit dem Blitzzuge nach Amerika fahren, die Menschheit erlösen, andere Gesetze machen; er ist Kaiserengel, hat Offenbarungen im Geist, will Milch von Engeln. Weibliche Kranke sind „Königin am Rhein“, „Himmelskind“, verloben sich mit dem Kaiser, wollen Jesus, einen Offizier heiraten, haben ein heimliches Verhältnis, sind schwanger, besitzen Schlösser, 10 Millionen. Eine Dienstmagd behauptete, der Sohn ihrer Herrschaft habe 70 000 Mark für sie geboten; eine andere erzählte, sie bekomme vor ihrer Hinrichtung 3 Kronen. Meist sind diese Wahnbildungen ziemlich flüchtig, unbestimmt und werden ohne besonderen Nachdruck vorgebracht. Ein Kranker meinte, ob seine Mutter Königin von England war oder Kaiserin oder Köchin, wisse er nicht.

Regelmäßig sind Sinnestäuschungen vorhanden, namentlich solche des Gesichts und des Gehörs. Die Kranken sehen Lichterscheinungen, Gestalten, 3 Gesichter am Altar, Teufel, Hunde, Schlangen, Soldaten, Gendarmen. Sie hören Musik, Vogelstimmen, Hilferufe, Stimmen aus Ofen und Wasserleitung, aus dem eigenen

Leibe, „von der Hirschkuh her“. In der Wand singt es; der Apparat rappelt unter dem Bette; die Uhren sprechen; draußen toben sie; das Christkind spricht; die Mutter weint; Mann und Tochter rufen; Hunde schreien. Herren erzählen Schlechtigkeiten; der Teufel ruft den Namen des Kranken; Gott verkündigt ihm, daß er sterben müsse, führt mit ihm Zwiegespräche; der Kaiser fordert ihn auf Pistolen; Leute verspotten ihn, schimpfen: „Gans“, „Taugenichts“, „schlechter Kerl“, drohen, ihm die Kehle herauszureißen; eine Stimme im Kopfe macht ihm Vorwürfe. Eine Kranke merkte, daß sie ein heimliches Verhältnis habe, und meinte: „das hab' ich so im Gehör“. Manchen Kranken werden die Gedanken vorgesprochen; andere bekommen Befehle („Hände hoch!“); eine Kranke hörte „alle Buchstaben“, mußte zählen. Hier und da haben die Stimmen taktmäßigen Tonfall. Einzelne Kranke fühlen sich angehaucht, angeblasen, durch Strahlen gequält, elektrisiert, spüren Nadeln in der Hand, riechen Totengeruch; ein Kranker gab an, er habe „an den Geschlechtsteilen viel durchgemacht“.

Auf die einleitende Depression folgt zunächst gewöhnlich ein Stuporzustand, namentlich bei Männern, und dann die Erregung; seltener ist es umgekehrt. Dagegen beginnen die ohne Depression einsetzenden Fälle nach meiner Erfahrung etwas häufiger in der Form eines Erregungszustandes, dessen Bild wesentlich demjenigen der früher geschilderten agitierten Form entspricht. Die Kranken werden unruhig, schlaflos, laufen herum, führen verkehrte Reden, begehen triebartige, zwecklose Handlungen und geraten mehr oder weniger rasch in eine starke Erregung; bisweilen kann die Tobsucht ganz plötzlich, auch mitten in der Nacht, ausbrechen, vielleicht nach unbedeutenden, gar nicht beachteten Vorboten. Die Stimmung ist meist gehoben. Die Kranken lachen, witzeln, machen Scherze, necken andere Kranke, prahlen, führen burschikose Reden; hier und da beobachtet man religiöse Verzückung. Sehr häufig zeigen sich die Kranken aber auch gereizt, zornig, bedrohlich, brechen in wildes Schimpfen aus, fahren bei den geringsten Anlässen auf, machen rücksichtslose, gefährliche Angriffe. Seltener sind sie ängstlich, winseln, heulen, stöhnen, ringen die Hände, bitten um ihr Leben, schreien „Mörder“!, „Satan, weiche von mir!“, wollen nicht in den Krieg, bereiten sich auf den Tod vor. Regelmäßig aber ist die Färbung der Stimmung jähem, überraschendem Wechsel unter-

worfen. Die zornige Gereiztheit wird unvermittelt durch eine scherzhafte Bemerkung unterbrochen; der Kranke, der sich soeben noch jammernd vor dem Satan fürchtete, ruft plötzlich lachend aus: „Der Böse ist fort!" Manche Kranke lachen und weinen durcheinander, singen unter Tränen übermütige Couplets. Sehr häufig besteht eine lebhafte geschlechtliche Erregung, die sich in Eifersuchtsideen, schamlosen Äußerungen, Koitusbewegungen, rücksichtslosen Entblößungen und Masturbation kundgibt. Eine Kranke zerriß ihr Hemd vorn herunter; andere greifen nach den Geschlechtsteilen der Ärzte; ein Kranker suchte den Urin auf die Krankenschwester zu entleeren. Während der Menses pflegen die Erregungszustände sich zu steigern.

Während die Erregung die Kranken in manchen Fällen nur mit einer gewissen Unruhe herumtreibt, begegnen wir bei anderen der schwersten Tobsucht. Aber auch in demselben Falle kann sich die heftigste Erregung ganz rasch aus nahezu völliger Ruhe herausentwickeln, um ebenso plötzlich wieder zu verschwinden.

Das Verhalten der Kranken steht nur zum kleinen Teil mit ihren Vorstellungen und Stimmungen in Zusammenhang. Ängstliche Kranke beten, knien, laufen nachts davon, verkriechen sich im Walde, suchen sich zu erwürgen, springen aus dem Fenster; die gereizte Stimmung führt zu plötzlichen Gewalttaten, der Größenwahn zum Vergeuden und Verschenken von Hab und Gut, die gehobene Stimmung zu abenteuerlichen Ausschmückungen. Ein Kranker, der Dichter werden wollte, schrieb zu diesem Zwecke Goethe und Schiller ab; ein anderer trieb Zimmergymnastik „gegen hysterische Kugel und seelische Schmerzen".

In der Regel jedoch ist ein annehmbarer Beweggrund für das oft äußerst absonderliche Handeln der Kranken nicht aufzufinden; vielmehr scheinen sie blindlings irgendwelchen in ihnen auftauchenden Antrieben zu folgen. Sie reisen planlos fort, wollen nach Amerika, laufen nackt herum, räumen die Betten aus, zerstören den Ofen, verbrennen wichtige Papiere, zerschlagen Scheiben, zerbeißen Teller und Gläser, fallen plötzlich jemandem um den Hals und küssen ihn, um ihm dann ins Gesicht zu spucken oder eine schallende Ohrfeige zu geben. Sie reißen andere Kranke aus den Betten, schlagen sinnlos um sich, werfen mit ihren Schuhen, tanzen mit der ausgehobenen Stubentüre herum, galoppieren in Fechterstellung mit

großen Bocksprüngen davon, verbeißen sich in einen Nachbarn, schieben die Möbel im Zimmer herum, bemächtigen sich mit blinder Gewalt irgendeines Gegenstandes, erklettern hastig einen Tisch oder das Fensterbrett, um dort zu defaecieren. Eine Kranke legte Brotstückchen in Reihen auf ihren Bettrand, küßte stundenlang das Gitter der Luftheizung und schleppte ihre Matratze immerfort im Kreise herum, um an einer bestimmten Stelle jedesmal an die Wand zu klopfen; eine andere stellte sich mit ausgebreiteten Armen auf den Nachtstuhl; eine dritte wollte ihren verstorbenen Vater wieder ausgraben; ein Kranker stieg bei der Kontrollversammlung auf einen Baum, entkleidete sich, pfiff und johlte.

Bei stärkerer Erregung löst sich das Handeln der Kranken in eine wirre Folge unzusammenhängender und beziehungsloser Antriebe auf. Sie schießen mit vorgestreckten Armen durch das Zimmer, gleiten über das Parkett, laufen stürmisch auf und ab oder im kleinen Kreise herum, so daß ihre Spur sich allmählich ausprägt, wie die eines Raubtieres im Käfig. Andere legen sich auf den Bauch und führen Schwimmbewegungen aus, rutschen, wälzen sich am Boden, tänzeln, hüpfen, stampfen mit den Füßen, drehen sich auf den Zehen herum, trommeln, schleudern die Arme, krallen sich überall an, kriechen herum, gehen einige Schritte vorwärts, dann wieder zurück, heben die Betten auf, beißen sich in den Kissen fest. Dabei kommt es sehr gewöhnlich zu vielfacher, taktmäßiger Wiederholung derselben Handlungen oder Bewegungen. Die Kranken schnellen sich auf und nieder, schaukeln hin und her, klatschen in die Hände, machen beschwörende, schöpfende, wedelnde, drehende, kreisende Armbewegungen, wirbeln die Fäuste umeinander; sie knirschen mit den Zähnen, heben abwechselnd die Beine in die Höhe, zucken mit den Schultern, werfen die Haare bald über das Gesicht, bald nach hinten, zwinkern mit den Lidern, verdrehen die Augen, atmen stoßweise, pusten, blasen, winken, greifen, zupfen, pflücken, reiben die Hände, tupfen auf den Tisch. Reste solcher Stereotypen pflegen sich bis in die Endzustände hinein zu erhalten. Ihnen verwandt sind allerlei einförmig sich wiederholende Handlungen, die zu sehr schwer ausrottbaren Gewohnheiten werden können. Manche Kranke zerzupfen ihre Kleider, kauen an ihren Nägeln, kratzen den Kalk von der Wand, sammeln Unrat in ihren Taschen, umschnüren Finger oder Geschlechtsteile mit Fäden,

verzehren Knöpfe und Steine, stecken sich Gegenstände in die Ohren, brennen sich mit der Zigarre, zerkratzen sich an bestimmten Stellen. Ein Kranker zerstörte dauernd seine Hemdknöpfe, um sich die kleinen Drahtreifen durch die Ohrläppchen zu bohren. Hierher gehört wohl auch das fortwährende Spucken, das bisweilen die ganze Umgebung bedroht; ein Kranker meinte, er treibe „Speichelgymnastik".

Außer der Stereotypie begegnen uns im Handeln der Kranken regelmäßig auch die Anzeichen der anderen früher besprochenen Willensstörungen. Die Befehlsautomatie zeigt sich in der Ablenkbarkeit der Kranken; sie flechten gehörte Worte in ihre Reden ein, stimmen in fremden Gesang ein, knüpfen bisweilen an alle Vorgänge in der Umgebung an. Vielfach sind sie kataleptisch, gelegentlich auch echolalisch oder echopraktisch. Bei anderen Kranken oder zu anderen Zeiten treten mehr negativistische Züge hervor. Die Kranken kümmern sich nicht im mindesten um ihre Umgebung, geben keine Antwort auf Fragen, reichen nicht die Hand, lassen sich in ihrem Treiben durchaus nicht beeinflussen, widerstreben gegen jeden Eingriff, drängen sinnlos hinaus, klopfen oder stoßen mit den Knien gegen die Türe. Sie werfen ihr Essen fort, legen sich in fremde Betten, lagern sich quer, nennen einen falschen Namen, machen alles anders, als man es erwartet. Ein Kranker stürzte den Tisch um und setzte sich dann auf die Tischplatte.

Bis zu einem gewissen Grade kennzeichnend für die hier geschilderten Zustände ist der Umstand, daß sich die Erregung auch bei großer Heftigkeit vielfach auf engstem Raume abspielt. Die Kranken haben in der Regel gar nicht die Neigung, auf die Umgebung einzuwirken, sondern ihre Unruhe erschöpft sich in gänzlich zielloser Betätigung, die darum auch keines größeren Spielraumes bedarf. Die Bewegungen selbst sind bald plump und ungeschlacht, bald ruckweise, eckig oder geziert, feierlich, dann wieder ungemein gewandt und blitzschnell. Vielfach schieben sich Nebenantriebe ein. Die Kranken essen mit dem Löffelstiel, reichen die Hand verkehrt, gehen steif, „wie wenn sie durch Schnee marschierten", unter Hochheben der Füße, urinieren hinter das Bett. Meist geschieht die Ausführung aller Handlungen mit großer Kraft und Rücksichtslosigkeit, so daß es kaum möglich ist, sie zu hindern. „Geh weg! Ich muß die Matratze schleppen; ich muß an die Türe schlagen",

rief eine Kranke aus; sie kommandierte auch, indem sie sich hinfallen ließ und wieder erhob: „Aufstehen! Niederfallen!" zu ungezählten Malen. Infolge dieses Treibens kommt es bisweilen zu massenhaften Hautabschürfungen, kleineren und größeren Verletzungen, da der Kranke seine Glieder nicht im geringsten schont, die offenen Stellen immer wieder anschlägt und die ihm hinderlichen Verbände ohne weiteres herunterreißt. Nicht selten schädigen sich die Kranken selbst auf das schwerste. Sie ohrfeigen sich stundenlang links und rechts, stürzen sich köpflings auf den Boden, versuchen, sich den Hals zuzudrücken, den Penis auszureißen, beißen sich in den Arm, reißen sich an den Haaren, zerkratzen sich, zerpflücken ihre Finger, zerquetschen die Zunge, die Unterlippe mit den Zähnen, schlagen sich auf den Kopf, reißen sich die Nägel von den Füßen; ein Kranker biß sich die Fingerkuppe ab. Hier und da kommt es auch zu triebartigen Selbstmordversuchen.

Die körperliche Pflege der Kranken stößt unter diesen Umständen auf die größten Schwierigkeiten. In der Regel sind sie sehr unsauber. Sie lassen unter sich gehen, ballen ihren Kot zusammen, verzehren ihn, lecken den Urin vom Boden, urinieren in den Spucknapf, beschmieren sich mit Menstrualblut, stecken Brot in den After, spucken in die Hände, in die Suppe, auf ihr Butterbrot, in ihr eigenes Bett. Sie essen bald gierig, indem sie die Speisen ungekaut hastig in unglaublichen Mengen herunterschlingen und auch ihren Nachbarn noch das Essen fortnehmen, bald sträuben sie sich auf das äußerste gegen die Nahrungsaufnahme, spucken alles wieder aus, auch das, was sie vorher flehentlich erbeten haben. Manche Kranke essen nur, wenn sie sich nicht beobachtet glauben, oder sie lassen die Speisen stundenlang stehen, bis sie kalt und fast ungenießbar geworden sind.

Sehr mannigfaltige und absonderliche Abänderungen pflegen die Ausdrucksbewegungen zu erfahren. Dahin gehören die gespreizten Gebärden, das Gesichterschneiden, das drohende Ausfahren, das sinnlose Kopfschütteln und Nicken, das einförmige Heulen, Krähen, Johlen, Schnalzen, Fauchen, Singen, das Quieken, Schreien in Fistelstimme, Kreischen und Brummen, das andauernde, unbändige Lachen. Die Sprache ist bald skandierend, rhythmisch, mit ganz verschrobener Betonung, bald singend oder kommandierend, bald stoßweise, bald abgerissen. Manche Kranke deklamieren im hochtraben-

den Tonfalle des Schauspielers, halten Reden, predigen mit lebhaften Ausdrucksbewegungen und Einmischung religiöser Redensarten, oder sie sprudeln hastig unverständliche Worte heraus, bisweilen in fremder oder selbstgemachter Sprache. Andere Kranke flüstern und lispeln, grunzen oder schreien aus Leibeskräften; ein Kranker bellte stundenlang wie ein Hund. Einzelne Kranke sprechen näselnd, geziert, gesucht derb oder läppisch, wie kleine Kinder ohne Satzbau, in Infinitiven; sie kehren die Wörter um, gebrauchen überall Verkleinerungswörter. Dazu kommen Wortneubildungen und gesuchte Ausdrücke; eine Kranke sprach von „Giftesblasen". Der Inhalt der Reden zeigt oft eine hochgradige Zerfahrenheit; eine Probe davon liefern die folgenden Sätze:

„Benollen und betollen kann ich mich doch nicht lassen. Wissen Sie, ich war ganz irrsinnig und vielleicht bin ich es noch. Ob es ein Herr Großherzog ist oder König und Kaiser — ob ob es die Stimme des Gerichts ist oder wer es ist. Der liebe Gott vom Himmel kommt auch und wenn es nur ein Hund oder ein Mück ist — oder ein Stückchen Brot. Ich weiß nicht, ob ich einen Fisch in der Hand habe oder eine Schlange oder was klappert oder was geht und steht; lieber mag ich alle auf Erden. Von unten und oben kann niemand betollt werden." „Meine Nase gehört jetzt in Jesus Christus hineingestopft und mir alles herumgedreht. Die tun alle klappern und Gott veraftern. Und wenn da drüben der liebe Erzgroßherzog ist, dann tun die hüben und drüben veraftern und verfatzen und Schlichte hinein."

Man beachte die Wortneubildungen, die Wiederkehr einzelner Ausdrücke, betollen, klappern, veraftern, die sinnlosen Anklänge, den Mangel jeden Gedankenzusammenhanges bei erhaltener Satzbildung, endlich die Andeutungen von Größenideen und von Krankheitsgefühl.

Sehr gewöhnlich ist endlich die früher bereits besprochene Erscheinung der Verbigeration. Irgendein kürzerer oder längerer, häufig durchaus sinnloser Satz (z. B. „Gekreuzigter Krex in e Umkrexhaus"), auch wohl einzelne Buchstaben werden stunden- und tagelang in derselben, oft rhythmischen Betonung ununterbrochen wiederholt, bald schreiend, bald flüsternd, bald sogar in bestimmter Melodie. Eine Kranke rief 50 mal hintereinander „hinauf!". Bisweilen versprechen sich die Kranken einmal, oder es drängt sich ein in der Umgebung gehörtes Wort hinein; so kann der Spruch allmählich Wandlungen erfahren, deren Ergebnis man dann nach einigen Stunden vorfindet. Man ist öfters imstande, durch

Vorsagen des Anfangs die Kranken geradezu zwangsmäßig zur Wiederholung ihres gewohnten Spruches zu bringen. So setzte eine völlig besonnene Kranke wochenlang auf das Stichwort „Mein Mann" unter plötzlichem Abbrechen ihrer Rede ohne weiteres, vielfach widerwillig, in leierndem Tonfalle den Satz fort:

„Mein Mann ist ein feiner Mann, ein gebildeter, geachteter, fleißiger, braver Kaufmann, und ich bin seine Frau; mein Kind ist ein braves Kind, und wir haben keine Schulden in der Stadt, und wir haben 2000 Mark ehrliches Geld, und 300 Mark, die haben wir gefunden. Meine Geschwister sind ehrliche Geschwister, und meine Brüder sind geachtete, fleißige, angesehene, brave Geschäftsleute, und das ist die reine Wahrheit."

Auf die Frage, warum sie denn immer diese Rede wiederhole, meinte sie: „weil ich verrappelt bin." In anderen Fällen zeigt der Inhalt der verbigerierten Reden vielfachen Wechsel. Auch in den Schriftstücken der Kranken begegnen uns einmal die Zusammenhangslosigkeit und Zerfahrenheit des Inhalts, die Neigung zu verblüffenden Gedankensprüngen, zu tönenden, nichtssagenden Redensarten, endlosen Aufzählungen, gleichförmigen Wiederholungen, zu verschrobenen Redewendungen und Wortneubildungen. Manche Kranke schreiben unsinnige, krause Zeichen und behaupten, das sei eine fremde Sprache.

An die Erregung schließen sich im weiteren Verlaufe **Stuporzustände** an; etwas seltener gehen sie voraus, mit oder ohne einleitende Depression. Die Kranken werden still, scheu, einsilbig, versinken in Brüten, starren vor sich hin, stehen in den Ecken herum, verstecken und verkriechen sich, liegen untätig im Bette; ein Kranker legte sich nieder, „um einstweilen mal auszuruhen". Hier und da setzt der Stupor ganz plötzlich ein; die Kranken verstummen, werden am ganzen Körper starr, sinken zu Boden, bleiben in Kreuzesstellung mit geschlossenen oder weit aufgerissenen Augen liegen. Alle selbständigen Willensäußerungen schweigen; Sprache, Nahrungsaufnahme, Verkehr mit der Umgebung, Beschäftigung, Sorge für die eigenen Bedürfnisse hören mehr oder weniger vollständig auf.

Das Verhalten der Kranken gegenüber äußeren Einwirkungen zeigt jedoch gewisse Verschiedenheiten, die freilich vielfachem Wechsel unterworfen sind. Sie sind im allgemeinen gekennzeichnet durch das Vorwiegen entweder der Befehlsautomatie oder des Negativismus. Wenn man will, kann man sonach einen schlaffen und einen starren

Stupor auseinanderhalten. Im ersteren Falle beobachten wir vor allem kürzere oder längere Zeiten bestehende Katalepsie, die in solchen Zuständen ihre höchste Ausbildung zu erreichen pflegt. Seltener und meist nur vorübergehend begegnet uns auch Echolalie oder gar Echopraxie. Die Kranken wiederholen dann einfach ganz mechanisch die an sie gerichteten Reden oder auch irgendwelche zufällig aufgefaßten Äußerungen, unter Umständen selbst mit geschlossenem Munde, stimmen in ein Lied ihrer Nachbarn ein. Dieser Erscheinung verwandt ist das zwangsmäßige Antworten mit einer Assoziation oder einer ruckweisen Bewegung, Auf- und Niedersetzen, Gesichterschneiden, Handverdrehen auf jeden Zuruf. Vielfach ahmen die Kranken lebhaftere Gebärden nach, die man ihnen in eindringlicher Weise vormacht (Hochheben der Arme, Händeklatschen), setzen eine von außen angeregte Bewegung (Taktschlagen, Rollen der Hände umeinander) längere Zeit hindurch fort. Bisweilen sieht man sie sogar stundenlang alles mittun, was irgendeine bestimmte Person ihrer Umgebung tut, ihr alles nachsprechen, in gleichem Schritt hinter ihr hergehen, sich mit ihr an- und auskleiden und ähnliches. Einzelne Kranke schreien zu ganz bestimmten Stunden; andere kommandieren bei der Sondenernährung: „Waschgefäß, Schlauch und Glasgeschirr, alles her, alles her, Herr Doktor, Fütterung“, „Mund auf! — Schlauch rein!“ Eine Kranke verbigerierte: „Hemd anziehn, ins Bett legen, baden! Hemd anziehn, baden, ins Bett legen!“

Sehr deutlich tritt die schwere Willensstörung in diesen Zuständen hervor, wenn man die Kranken auffordert, ihre Zunge zu zeigen, um sie mit der Nadel zu durchstechen. Obgleich sie die drohende Nadel bemerken und recht gut begreifen, was ihnen bevorsteht, strecken sie doch die Zunge auf kräftige Aufforderung unweigerlich heraus. Vielfach kann man den Versuch beliebig oft mit dem gleichen Erfolge wiederholen. Die Kranken verziehen bei jedem Stiche kläglich das Gesicht, sind aber unfähig, den durch erneuten Befehl ausgelösten Antrieb zu unterdrücken oder sich auf irgendeine andere Weise der drohenden Unbill zu entziehen.

Häufiger, als die erhöhte Beeinflußbarkeit, ist im Stupor die starre Abschließung gegen die Einwirkungen der Umgebung. Die Kranken ziehen sich zurück, verhüllen sich, pressen die Hände vor das Gesicht, drücken das Taschentuch an den Mund, ziehen die Decke

über den Kopf; sie geben keine Antwort, sehen bei Anreden nicht auf, wehren Nadelstiche nicht ab; nur selten führt ein sehr lebhafter Reiz Ausweichbewegungen, noch seltener einmal einen unvermutet gewandten und kräftigen Angriff herbei. Auch ein gelegentliches leises Blinzeln, stärkere Rötung oder Schwitzen des Gesichtes, Zucken um die Mundwinkel bei solchen Versuchen, Auflachen bei scherzhaften Anlässen deuten darauf hin, daß nicht sowohl die Auffassung der Eindrücke, als die Auslösung der entsprechenden Willensäußerungen gestört ist. Aufforderungen werden gar nicht oder erst nach sehr langem Zureden oder bei kräftiger Nachhilfe befolgt. Bisweilen sieht man hier und ebenso bei den spärlichen selbständigen Willensäußerungen der Kranken, daß eine Bewegung zunächst richtig begonnen, dann aber plötzlich unterbrochen oder gar in ihr Gegenteil verkehrt wird. Hier und da können die negativistischen Regungen auch durch sprachliche Befehle ausgelöst werden. Es ist dann nicht nur möglich, den Kranken dadurch zum Vorwärtsgehen zu veranlassen, daß man ihn scheinbar zurückdrängt, und umgekehrt, sondern er setzt sich auf den Nachtstuhl, wenn man es ihm mit Bestimmtheit verbietet, steht still, sobald man ihn gehen heißt, läßt los, wenn man ihm befiehlt, festzuhalten.

Auch in einer Reihe von anderen Zügen läßt sich deutlich der grundsätzliche Widerstand gegen die natürlichen Willensantriebe erkennen. Manche Kranke dulden keine Kleider, keine Schuhe, ja kein Hemd, gehen nicht ins Bett, stehen mit verschränkten Armen daneben, legen sich nachts an den Boden, unter das Bett, auf den äußersten Bettrand, wie die in Figur 176 wiedergegebene Kranke. Sie ziehen Kleidungsstücke verkehrt an, kehren die Bettstücke um, liegen auf dem Drahtrost, um sich mit der Matratze zuzudecken, legen sich in ein fremdes Bett oder strecken wenigstens die Beine hinüber. Sie drängen wortlos zu einer bestimmten Türe hinaus, auch wenn alle anderen offen stehen, benutzen aber nicht den ihnen in die Hand gegebenen Schlüssel, um zu öffnen; sie weichen bei der Annäherung zurück, verstecken sich in einem Winkel, ziehen fremde Kleider an, verbinden sich die Augen, schlagen die Röcke über den Kopf, lassen sich nichts nehmen, was sie einmal gefaßt haben.

Manchmal führen die Kranken trotz ihrer sonstigen Regungslosigkeit und Unzugänglichkeit einzelne sinnlose, oft rhythmische

Bewegungen aus, Tupfen auf den Tisch oder das Papier, Verziehen des Gesichts, Trillern mit den Fingern. Einzelne Kranke sprechen jahre- und selbst jahrzehntelang keine Silbe, oder sie flüstern hier und da einmal einige abgerissene, meist unverständliche Worte; ein Kranker sagte plötzlich: „Lassen Sie mich an die Himmelsleiter", um dann wieder zu verstummen. Bisweilen äußern sich solche



Fig. 176. Stuporöse Kranke, auf dem Bettrande liegend.

stumme Kranke schriftlich in weitschweifiger und zerfahrener Weise. Andere bewegen auf eindringliches Zureden nur die Lippen, oder sie geben kurze Antworten, kleben an einzelnen Worten, brechen mitten im Worte oder Satze ab, beginnen zu sprechen, wenn man sich entfernt, und schweigen, sobald man sich wieder zu ihnen wendet. Die Worte werden dabei gewöhnlich leise, eintönig, bisweilen stoßweise hervorgebracht.

Die Nahrungsaufnahme stößt oft auf die größten Schwierigkeiten. Die Kranken hören bisweilen ganz plötzlich auf, zu essen, und sind nun auf keine Weise zur Fortsetzung der Mahlzeit zu bewegen, beißen krampfhaft die Zähne aufeinander, pressen die Lippen zusammen, sobald man sich mit dem Löffel nähert. Den in den Mund gebrachten Bissen behalten sie lange Zeit im Munde, kauen und schlucken nicht, lassen die Suppe wieder herausfließen. Oft essen die Kranken nicht, solange man ihnen zusieht, lassen alles stundenlang stehen oder nehmen nur heimlich etwas zu sich. Einzelne Kranke verschmähen mit unüberwindlicher Hartnäckigkeit die Suppe, Fleisch oder das für sie bereit gestellte Essen, wissen sich aber mit List oder Gewalt die Speisen ihrer Nachbarn zu verschaffen und verzehren sie in größter Hast; andere wieder nehmen nur bestimmte Speisen; eine Kranke rief tagelang kläglich und einförmig: „Schok'lad'!"

Kot und Harn werden öfters bis zum äußersten zurückgehalten. Die Kranken benutzen durchaus nicht den Abort, auch wenn sie noch so oft dahin geführt werden, entleeren aber unmittelbar nachher auf den Boden oder ins Bett und nehmen nicht die geringste Lageveränderung vor, um sich den unangenehmen Folgen zu entziehen, bleiben auf der gefüllten Leibschüssel liegen. Einzelne Kranke pressen die Harnröhre krampfhaft mit den Fingern zusammen. Der Speichel wird nicht geschluckt, sondern sammelt sich im Munde an, um über Kinn und Kleider herabzufließen oder aus den gefüllten Backentaschen plötzlich springbrunnenartig hervorzuquellen.

In den schwersten Fällen von negativistischem Stupor pflegen die Kranken völlig regungslos und stumm im Bette zu liegen. Bei jedem Versuche, sie in eine andere Lage zu bringen, spannen sich alle Muskeln hart an und leisten den stärksten passiven Widerstand, eine Erscheinung, die Kahlbaum zu der Bezeichnung „Spannungsirresein", „Katatonie" veranlaßte. Drückt man gegen die Stirn, so schnellt der Kopf beim Loslassen federnd nach vorn; berührt man das Hinterhaupt, so strebt er dem Fingerdruck entgegen nach hinten. Drängt man den Kranken vom Flecke, so stemmt er sich dagegen, bis man ihn völlig aus dem Gleichgewichte gebracht hat, um sofort seinen Platz wieder einzunehmen, sobald die Gewalt nachläßt. Man sieht die Kranken oft Tage, Wochen, ja viele Monate

hindurch genau dieselbe Stellung auf demselben Platze einnehmen. In eigentümlicher Haltung, bildsäulenartig, oft starr in sich zusammengekrümmt, in Knieellenbogenlage, hocken, knien oder liegen sie regungslos da, das Kinn an die Brust gedrückt, den Kopf frei vom Kissen abgehoben oder über den Bettrand herabhängend, das Kopfkissen auf dem Gesicht, die Beine unter der Matratze, oder das Leintuch zwischen den Zähnen, mit den Fingern vielleicht einen alten Brotrest, einen Kotballen, einen abgerissenen Knopf, einen



Fig. 177. Fingerkontrakturen bei Katatonie.

Rosenkranz krampfhaft umklammernd. Sie lassen sich nach Belieben herumrollen oder auch an irgendeinem Körperteil wie ein Paket in die Höhe heben, ohne die Lage ihrer Glieder irgendwie zu verändern. Eine meiner Kranken faltete so lange Zeit die Hände krampfhaft, daß an den Berührungstellen Druckbrand entstand; ein anderer kniete jahrelang auf derselben Stelle, bis wegen einer sich entwickelnden Gelenkentzündung unter heftigstem Sträuben gewaltsames Festhalten im Bette nötig wurde. Eine Kranke saß derart vornübergekrümmt, daß ihre Nase in die Suppe tauchte; eine andere

hielt den linken Daumen stets gestreckt, den rechten eingeschlagen; eine dritte saß mit offenem Munde da, die Zunge in einen Mundwinkel geklemmt. Manche Kranke nehmen Fechterstellungen ein; ein Kranker hielt die Hände dauernd so, als wenn er boxen wollte. Bisweilen entwickeln sich in den dauernd zusammengekrümmten Gelenken Kontrakturen; ein Beispiel davon gibt die Figur 177 von einem Kranken, der lange Jahre die Arme an den Leib gepreßt und die Finger gekrümmt gehalten hatte[1]).

Die Augen sind im Stupor entweder geschlossen, wie bei dem in Figur 178 abgebildeten Kranken; sie werden bei jeder äußeren Annäherung unter starker Aufwärtsrollung der Bulbi fest zusammengekniffen, oder sie sind weit offen, starren mit erweiterten Pupillen in die Ferne, fixieren niemals; der Lidschlag findet äußerst selten statt. Die Stirne ist hochgezogen, vielfach gerunzelt, der Gesichtsausdruck leer, unbeweglich, maskenartig, verwundert, erinnert bisweilen an das starre Lächeln der Ägineten. Die Figuren 179 und 180 geben das Antlitz des gleichen jugendlichen Kranken in verschiedenen Abschnitten eines schweren katatonischen Stupors wieder. Dort zeigt das Gesicht mehr eine benommene, starre Ratlosigkeit, hier jene schläfrige Leere, die sich gewöhnlich, wie auch hier, mit Katalepsie verbindet. Die Lippen sind öfters rüsselartig vorgeschoben („Schnauzkrampf“), zeigen hier und da blitzartige oder rhythmische Zuckungen. Häufig ist Grinsen, plötzliches Lachen und Gesichterschneiden.



Fig. 178. Stuporöser Kranker.

Auch im Gange der Kranken macht sich die Gebundenheit bemerkbar. Öfters ist es freilich ganz unmöglich, Gehversuche zu er-

[1]) Die Aufnahme verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Kollegen Rehm.

zielen. Die Kranken lassen sich einfach steif hinfallen, sobald man sie auf die Füße stellen will. In anderen Fällen marschieren sie mit gestreckten Knien, auf den Zehenspitzen, auf dem äußeren Fußrande, mit gespreizten Beinen, stark zurückgebeugtem Oberkörper, rutschend, tänzelnd, balancierend, kurz in irgendeiner ganz ungewöhnlichen, aber mit Aufbietung aller Kräfte entgegen jeder äußeren Einwirkung festgehaltenen Stellung. Ein Kranker ging mit rückwärts gewendetem Gesicht; eine Kranke hielt genau die Dielenritze ein und ließ sich nicht zur Seite drängen. Die einzelnen Bewegungen sind steif, langsam, gezwungen, als ob ein gewisser Widerstand zu überwinden wäre, oder ruckweise und dann oft blitzschnell.



Fig. 179. Gesichtsausdruck bei katatonischem Stupor (a).

Die hier geschilderten, anscheinend so gegensätzlichen Zustände der katatonischen Erregung und des Stupors sind einander klinisch offenbar auf das allernächste verwandt, da sie nicht nur unvermittelt ineinander übergehen können, sondern auch die verschiedenartigsten Mischungen eingehen. Der soeben noch sinnlos erregte Kranke kann plötzlich verstummen und nun regungslos daliegen; der vielleicht wochenlang Stuporöse fängt unvermittelt an, überlaut unverständliche Schreie auszustoßen, Kikeriki zu rufen, zu bellen, mit feiner Stimme ein Lied zu singen. Oder er springt mit langen Sätzen durch das Zimmer, hebt irgendwo blitz-

schnell ein Fenster aus, ohrfeigt einen Nachbarn und stürzt sich mit gewaltigem Schwunge in ein fremdes Bett, um nun wieder unzugänglich liegen zu bleiben, unter Umständen auch eine längere Erregung durchzumachen. Ein solcher Wechsel der Zustände findet sich bei unseren Kranken sogar ziemlich häufig. Sehr oft dauern Erregung wie Stupor nur einige Tage oder Wochen, vielleicht auch nur Stunden lang an, um dann allmählich oder plötzlich zu verschwinden. Auf der andern Seite kann aber auch Monate, Jahre und selbst Jahrzehnte ein gleichförmiges klinisches Bild fortbestehen, um höchstens ganz vorübergehend durch Nachlässe oder andersartige Krankheitserscheinungen unterbrochen zu werden. Namentlich für den Stupor trifft das nicht so selten zu, während eine über Jahre sich gleichmäßig erstreckende katatonische Erregung immerhin zu den Ausnahmefällen gehört.



Fig. 180. Gesichtsausdruck bei katatonischem Stupor (b)

Die Ausprägung der Erscheinungen ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Der Stupor kann bisweilen nur durch ein wortkarges, abweisendes, schläfriges Wesen angedeutet werden, um sich in anderen Fällen bis zur Unterdrückung jeder Willensäußerung zu steigern, während die Erregung von leichter läppischer Ausgelassenheit bis zum rücksichtslosesten, das Leben schwer fährdenden Rasen schwanken kann. Als eine Mischung von Erscheinungen beider Zustandsbilder dürfen wir es wohl bezeichnen, wenn ein Kranker stumm mit geschlossenen Augen herumtanzt oder regungslos daliegend einen Gassenhauer gröhlt. Ja, man kann

vielleicht überhaupt die negativistischen Beimischungen in den Erregungszuständen, die Unzugänglichkeit und Unbeeinflußbarkeit, das Widerstreben, das Vorbeireden, ferner die Andeutungen von Befehlsautomatie, auf die Beimengung stuporöser Krankheitszeichen zurückführen. Umgekehrt beobachten wir bei den stuporösen Kranken häufig genug einzelne Triebhandlungen, wie sie sonst den Erregungszuständen eigentümlich sind. Die Kranken werfen plötzlich eine Tasse ins Zimmer, springen auf, um eine Scheibe zu zertrümmern, den Tisch zu umkreisen, sich dann köpflings wieder in ihr Bett zu stürzen und regungslos liegen zu bleiben, oder sie stoßen einige tierische Laute aus, schreien hurra! Auch die im Stupor gelegentlich beobachteten Bewegungsstereotypen, das Zupfen, Gesichterschneiden, Spucken, könnten unter dem Gesichtspunkte einer Mischung mit Erregungserscheinungen betrachtet werden. Allerdings ist damit nicht viel gewonnen. Wesentlich erscheint nur, daß wir in den einzelnen Gestaltungen der Dementia praecox und so auch in den katatonischen Formen überall denselben Grundstörungen begegnen, freilich in sehr verschiedenartiger Zusammensetzung, mag auch das klinische Bild auf den ersten Blick noch so abweichend erscheinen.

Das Bewußtsein ist bei den katatonischen Erkrankungen, namentlich während der Entwicklung und auf der Höhe der akuten Störungen, wohl meist etwas getrübt, bisweilen sogar recht erheblich. Die Kranken scheinen zwar einzelne Eindrücke fast immer leidlich aufzufassen, auch wenn man es zunächst nicht nachweisen kann, aber sie pflegen doch nur eine ziemlich unklare Vorstellung von ihrer Lage und den Vorgängen in ihrer Umgebung zu haben, allerdings zum Teil deswegen, weil sie sich gar nicht darum bekümmern und nicht das Bedürfnis haben, ihre Wahrnehmungen weiter zu verarbeiten. Sie verkennen daher vielfach die Personen, wissen nicht, wo sie sich befinden, überraschen aber nicht selten dadurch, daß sie die Namen der Wärterinnen oder der anderen Kranken kennen, eine scherzhafte Bemerkung machen, sich über irgendein Vorkommnis beklagen, geordnete Auskunft über ihre Verhältnisse geben, einen zusammenhängenden Brief mit zutreffender Schilderung ihres Aufenthaltes, der Bitte um Abholung verfassen. Manche Kranke lösen auch gut Rechenaufgaben, selbst schwierigerer Art, entwickeln überraschende Kenntnisse; ein an-

scheinend ganz stumpfer und unzugänglicher Bauernbursche wußte zutreffende Angaben über die Kreuzzüge und Konradin von Hohenstaufen zu machen. Ganz allgemein pflegt die Besonnenheit und Klarheit weit weniger gestört zu sein, als man nach dem absonderlichen, eben wesentlich auf Willensstörungen beruhenden Gebaren der Kranken anzunehmen geneigt ist.

Selbst eine gewisse Krankheitseinsicht ist vielfach vorhanden. Die Kranken bezeichnen ihr absonderliches Treiben als Dummheiten, meinen, sie seien eben närrisch. Auf die Frage, ob er geisteskrank sei, meinte ein Kranker: „Ja natürlich! Wenn man gescheit ist, macht man solche Sachen nicht.“ Eine Kranke, welche die katatonischen Bewegungsstereotypen in höchster Ausbildung darbot, sagte mir: „ich muß aber immer so dumme Bewegungen machen; das ist doch zu einfältig“; eine andere beklagte sich, daß sie immer Gesichter schneiden müsse; man solle ihr doch das Lachen vertreiben. Viele betonen, daß ihnen beim Lachen durchaus nicht lustig zumute gewesen sei. Freilich erhält man über die Gründe ihres absonderlichen Benehmens von den Kranken nie eine befriedigende Auskunft. Ein Kranker begründete seine Stummheit mit den Worten: „Ich bin noch nicht geeignet, daß ich eine Stimme zeigen kann“; ein anderer gab an, daß er sich deswegen nur schriftlich geäußert habe, weil er die Worte nicht gleich finden konnte; ein dritter meinte, er habe nicht gesprochen, weil er niemanden gekannt habe. Eine Kranke sagte, sie habe nicht sprechen wollen, eine andere, sie habe nicht sprechen dürfen. Die Ärzte hätten doch schon alles gewußt, die Fragen seien so einfach gewesen, sie hätten nicht gewußt, was sie sagen sollten, sind ähnliche Äußerungen. Auf die Frage nach dem Grunde ihrer Nahrungsverweigerung erklärte eine Kranke, sie brauche einfach nicht zu essen; eine andere behauptete, sie habe keinen Hunger gehabt. Meist hört man, daß die Kranken das, was sie taten, haben tun müssen: „hab' müssen spucken“, meinte eine Kranke. Eine andere erklärte, sie habe so sagen müssen; das sei ihr so gegeben worden; eine dritte antwortete auf die Frage, warum sie so sonderbare Stellungen einnehme: „weil ich es will“. Ebenso erklärte ein Kranker, er sei so bewegungslos geblieben, weil er es gewollt habe; ein anderer gab an, er habe sich so benehmen müssen, sei unbewußt gewesen. Es habe ihnen eben Spaß gemacht, sei ihnen in den Kopf gekommen,

sie hätten gemeint, es müsse so sein, eine Kraft, ein Antrieb, ein Drang sei über sie gekommen, sind häufig wiederkehrende Angaben. Die Befehlsautomatie wird damit begründet, daß man es ja so habe haben wollen, daß die Kranken gemeint hätten, dem Arzte damit einen Gefallen zu tun.

Weit seltener sind andere Begründungen. Ein Kranker hatte nach seiner Aussage geglaubt, er falle von Gott ab, wenn er esse; eine Kranke meinte, Gott habe es nicht gewollt; ein anderer erzählte, er sei zu seinen stürmischen Bewegungen ,,wie mit einem Seil" gezogen worden, ein dritter, der beim Zählen immer die Zahl 4 ausließ, er habe dabei immer an das vierte Gebot denken müssen. Ein vierter, der stundenlang leidenschaftlich auf der Mundharmonika spielte, äußerte, die Allmacht Gottes gebe ihm ein, Musik zu machen, damit das Militär keinen Schaden nehme. Man erkennt aus allen diesen Begründungen deutlich genug, daß die absonderlichen Handlungen eben triebartigen Ursprungs und nicht durch bestimmte Überlegungen bedingt sind.

Trotz dieser klaren Angaben über die Eigenart ihrer Zustände, die meist auch im allgemeinen als krankhafte betrachtet werden, fehlt den Kranken doch, zunächst wenigstens, durchaus ein wirkliches Verständnis für die Schwere der Störung. Manche Kranke beklagen sich bitter über die ihnen zuteil gewordene Behandlung; eine tief stuporöse, Jahr und Tag zusammengekauert im Bett sitzende Kranke, deren Empfindlichkeit gegen Nadelstiche geprüft worden war, und die man öfters in liegende Stellung zu bringen versucht hatte, war nach dem plötzlichen Erwachen aus dem Stupor darüber entrüstet, daß man sie ins Bett geschleudert und ihr Eisenstangen in den Kopf gebohrt habe. Eine andere verlangte 30 000 Mk. Entschädigung. Auf alle Vorhaltungen über die Unbegreiflichkeit und Krankhaftigkeit ihres Benehmens antworten die Kranken mit nichtssagenden Erklärungen, sie hätten eben gar nicht gewußt, wo sie sich befänden, seien ohne Grund aus ihrer Häuslichkeit herausgerissen, ganz verkehrt behandelt worden; da sei es kein Wunder, wenn sie etwas durcheinander geraten seien.

Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit scheint in der Regel ziemlich klar, jedoch sehr unvollständig zu sein. Die Kranken geben an, es könne wohl möglich sein, daß sich dieses und jenes so zugetragen habe; sie wüßten es aber nicht und könnten auch nicht erklären,

wie sie zu ihrem Verhalten gekommen seien. Bisweilen bestreiten sie einzelne Vorkommnisse sehr entschieden, behaupten dann wieder, daß sie gestorben gewesen, vergewaltigt worden seien. Das Hineinspielen von Wahnbildungen und Sinnestäuschungen einerseits, die Unzugänglichkeit und Einsichtslosigkeit der Kranken andererseits macht es oft schwer, von dem wirklichen Inhalte ihrer Erinnerungen ein zuverlässiges Bild zu gewinnen. Sehr auffallend ist jedoch fast immer die Gleichgültigkeit, mit der die Kranken ihrem eigenen schweren Leiden gegenüberstehen. Sie haben gar kein rechtes Bedürfnis, sich über die Einzelheiten ihrer krankhaften Erlebnisse Rechenschaft zu geben, fragen nicht danach, wollen nichts davon hören, lächeln ungläubig, wenn man ihnen davon erzählt, messen den Störungen gar keine ernstere Bedeutung bei, betrachten sich sofort als vollkommen gesund, sobald sie einigermaßen klar und ruhig geworden sind, drängen ohne weiteres, blind gegen besseren Rat, nach Entlassung.

Die Stimmung zeigt in den Stuporzuständen gewöhnlich keine ausgeprägte Färbung. Manchmal erscheinen die Kranken ängstlich gespannt, so daß man früher einen Teil dieser Fälle als „Melancholia attonita" bezeichnete, da man die Erstarrung auf ängstlich-schreckhafte Gemütsbewegungen zurückführte. Man kann sich jedoch in der Regel leicht davon überzeugen, daß die Angst nicht der Beweggrund des Verhaltens der Kranken ist. Sie werden durch Bedrohungen nicht beeinflußt, weichen vor der geballten Faust oder dem gezückten Messer nicht zurück, blinzeln nicht bei der Annäherung der Nadelspitze an das Auge. Nur im Beginne des Leidens beobachten wir, entsprechend den depressiven Wahnbildungen, gelegentlich auch Ausbrüche von heftiger Angst und Verzweiflung. Späterhin wechselt die Stimmung oft ohne erkennbaren Anlaß; klägliches Weinen wird durch zornige Gereiztheit oder durch kindische Lustigkeit abgelöst, während den Grundzug eine stumpfe Gleichgültigkeit bildet, die sich namentlich in dem Verhalten der Kranken zu ihren nächsten Angehörigen und in ihrem wunsch- und willenlosen Dahindämmern ausdrückt.

Der gesamte Verlauf der katatonischen Formen ist ein sehr mannigfaltiger, wie schon aus der bisherigen Schilderung hervorgeht. Er gestaltet sich dadurch noch wechselvoller, daß in etwa $^1/_3$ der Fälle weitgehende, bisweilen der Heilung gleichende oder sehr

nahekommende Besserungen aller Krankheitserscheinungen auftreten, am häufigsten, wie es scheint, bei den mit einem Depressionszustande beginnenden Fällen. Die Dauer dieser Besserungen ist sehr verschieden, beträgt am häufigsten ungefähr 2—3 Jahre; es kommen aber auch solche vor, die 9, 10, 12, 13, 14, 16 Jahre anhalten; ja, einmal lagen zwischen dem ersten und dem zweiten, zur Verblödung führenden Krankheitsanfalle 29 Jahre. Man wird freilich bei so langen Zwischenzeiten immer den Einwand machen können, daß die beiden Anfälle gar nichts miteinander zu tun haben. Indessen sind die Beobachtungen von jahrzehntlanger Pause zwischen zwei Anfällen mit ganz ähnlichen Krankheitserscheinungen bei dieser wie bei anderen Formen der Dementia praecox doch so häufig, daß an einem langen Ruhen und Wiederaufflackern des gleichen Krankheitsvorganges hier nicht wohl gezweifelt werden kann. Sodann aber sehen wir auch oft genug die schleichende Entwicklung des Leidens sich über lange, lange Jahre hin erstrecken, bis endlich einmal eine akute Störung den eigentlichen Ausbruch der Krankheit ankündigt. Nicht ganz selten verläuft die Krankheit in drei oder noch mehreren, durch Besserungen getrennten Schüben, die unter Umständen zunächst nur von ganz kurzer Dauer sein können, bevor ein ernsterer, zur Verblödung führender Anfall einsetzt. Die einzelnen katatonischen Zustandsbilder können sich entweder unmittelbar aneinander anschließen und rasch miteinander wechseln, oder auch durch lange Zwischenzeiten voneinander getrennt sein. Ich beobachtete, daß dem einleitenden Stupor erst nach 15 Jahren eine Erregung folgte; in anderen Fällen begann das Leiden mit einem Stupor, der zunächst durch eine vieljährige Remission unterbrochen wurde, bis sich dann ein kennzeichnender Erregungszustand entwickelte. In einem anderen Falle trat der Stupor erst nach 15jähriger Dauer des Leidens hervor.

In den Endzuständen überwogen bei weitem die Verblödungen mit den Erscheinungen des Negativismus und der Manieriertheit. Einfacher Schwachsinn bildete den Ausgang in etwa 11% der Fälle, stumpfe Verblödung noch etwas seltener. Anfälle wurden in 17% der Fälle beobachtet. Eine 31 Jahre alte Kranke ging wenige Tage nach einem Anfalle mit tiefer Bewußtlosigkeit und halbseitigen Hirnreizerscheinungen zugrunde. Im ganzen müssen wir die kata-

tonischen Formen wegen der Häufigkeit tiefer Verblödung zu den ungünstigeren Gestaltungen der Dementia praecox zählen, während vorübergehende Besserungen etwas häufiger sind, als im Durchschnitte aller hier berücksichtigten Beobachtungen. Die Beteiligung der Männer mit 54% und der Alterklassen unter 25 Jahren mit 57% weicht vom Durchschnitt nicht ab, doch schienen mir die mit Stupor beginnenden Formen in etwas höherem Lebensalter einzusetzen. Die Zahl der Beobachtungen umfaßte etwa 19,5% der gesamten Fälle.

Ein in mancher Beziehung abweichendes Bild bieten diejenigen Beobachtungen dar, deren wesentliche Krankheitszeichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen darstellen; wir bezeichnen sie als **paranoide Formen**[1]). Die Berechtigung, sie in den Rahmen der Dementia praecox einzuordnen, entnehme ich dem Umstande, daß sich bei ihnen früher oder später den Wahnbildungen regelmäßig eine Reihe von Störungen hinzugesellen, wie wir sie bei den übrigen Gestaltungen der Dementia praecox überall wiederfinden. In einer großen Zahl von Fällen entwickeln sich ferner Endzustände, die vollkommen denen der bisher beschriebenen Formen gleichen, und auch bei dem Reste von Beobachtungen kommt es zur Ausbildung eines psychischen Siechtums, das trotz mancher eigenartiger Züge dennoch eine nähere Verwandtschaft mit den uns sonst bekannten Ausgängen der Dementia praecox erkennen läßt.

Wenn wir uns, was zweckmäßig erscheint, bei der Gruppierung im einzelnen von dem prognostischen Gesichtspunkte leiten lassen, so würden wir zunächst jene paranoiden Erkrankungen ins Auge zu fassen haben, die zwar mit einfachen Wahnbildungen beginnen, im weiteren Verlaufe jedoch immer deutlicher den eigenartigen Zerfall des Seelenlebens und insbesondere auch die gemütlichen und Willensstörungen darbieten, wie sie die Dementia praecox kennzeichnen; man könnte sie unter dem Namen einer „Dementia paranoides gravis" zusammenfassen.

Die Entwicklung der Krankheit vollzog sich in 63% meiner Fälle schleichend; bei 17% der Kranken bestanden von Jugend auf gewisse ungünstige Charaktereigenschaften, Leichtsinn, Genußsucht, Trotz, Eigensinn, rechthaberisches, jähzorniges Wesen. Unter den Frauen befanden sich mehrere Prostituierte, unter den

[1]) Ferrarini, Rivista sperimentale di freniatria XXX, 876; XXXI, 435.

Männern 19% Landstreicher. In etwa 30% der Fälle begann das Leiden subakut; gewöhnlich handelte es sich dabei um Sträflinge, die in der Haft erkrankten; in 7% der Fälle schien der Anfang ein akuter zu sein. Die einleitenden Störungen sind ganz ähnliche wie bei den übrigen Formen der Dementia praecox, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Arbeitsunlust, Schlaflosigkeit, Unruhe, Reizbarkeit, verändertes, einsilbiges, scheues Wesen. Allmählich kommen ,,Ahnungen"; ,,es stellen sich Sachen heraus". Der Kranke merkt, daß man ihn unterdrückt, zu wenig beachtet, schlecht macht, kränkt, verspottet. Die Leute auf der Straße bleiben stehen, reißen Witze über ihn, sehen ihn frech an, lachen, machen Andeutungen, als ob er gestohlen habe, an allem schuld sei. Überall sind Helfershelfer; man hintertreibt eine von ihm geplante Heirat; die Nachbarn tragen alles aus dem Hause; er wird ausgeraubt, bestohlen; es werden heimliche Schulden gemacht; auf dem Speicher sind Leute; es wird eingebrochen; man dringt in sein Zimmer. Die Juden stellen den Kindern des Kranken nach; die Verwandten wollen sein Geld; die Pfaffen verderben alles; die Predigt zielt auf ihn. Er wird in den Zeitungen herumgeschmiert; die Briefe werden verwechselt und gefälscht; überall gibt es Spitzbübereien und Freimaurergeschichten.

Alles erscheint dem Kranken verändert und unheimlich. Die Kinder sind ganz verwirrt; die ganze Umgebung ist verhext und verzaubert. Die Ärzte sind keine richtigen Ärzte, die Mitkranken verdächtige Persönlichkeiten; die Uhr bleibt stehen; das Geld hat die Festigkeit nicht mehr wie früher. Alle Leute werden ermordet; überall sieht man Verwundete; Vater und Geschwister wurden erwürgt, gebraten, der Großherzog umgebracht; der Kranke befindet sich in einer Mördergrube. Eine Kranke meinte, draußen sei der Bodensee und habe alle Länder und Menschen vernichtet; ein Kranker äußerte, alle Seelen seien verloren; in drei Tagen komme das jüngste Gericht. Der Kranke gewinnt die Überzeugung, daß er sehr mächtige Feinde hat und von furchtbaren Gefahren bedroht ist. Man will ihn köpfen, in den Kamin einmauern, zermalmen und verbrennen, den wilden Tieren vorwerfen lassen; Sperlinge, Ratten, Hunde mit Ziegenklauen sind gegen ihn aufgeboten. Im Auftrage des Großherzogs wurden Revolver im Dorfe verteilt; er soll vor ein geheimes Militärgericht gestellt werden, wird wie ein politischer Gefangener behandelt; eine Kranke merkte, daß jemand an ihrem

Sarge arbeitete. Im Bier ist Gift, Seife im Trinkwasser, im Essen Morphium, Salzsäure, Jod; der Kranke spürt danach Brennen im Munde, Verstopfung; überall ist „Bellephongift", Phosphor ausgelegt; die Schüsseln sind schmutzig; das Brot wird beim Bäcker besonders für ihn gebacken. Die Feinde, die ihm nachstellen, sind bald die Freimaurer, die Pfaffen, die „Frankfurter", der Teufel, der „Bruder Markus", bald die nächsten Angehörigen, die Schwester und namentlich die Frau, die ihn schlecht macht und vergiftet; er fühlt es. Sie hält es mit ihrem Bruder, mit dem Pfarrer.

In der Regel treten sehr bald Sinnestäuschungen auf. Die Kranken sehen Gestalten, Leute mit roten Käppchen, schwarze Männer, Kühe, Christus, Engel und Heilige am Altar, „Gestältchen und Seelchen", Gott, die Mutter Gottes. Ein Kranker erblickte einen Mann mit grüner Badehose, der mit seinem Penis spielte; eine Kranke sah ihren vermeintlichen Geliebten nachts auf ihrem Bette liegen. Bei weitem am häufigsten sind Gehörstäuschungen, Flüstern, Signale aus der Luft, Zurufe, Schimpfnamen. Aus dem Glockenton, dem Gezwitscher der Vögel, den Lauten der Tiere tönen Worte; die Leute reden über den Kranken und seine Frau; in der Wand wispert und klingelt es; nachts spricht es laut im Zimmer. Bisweilen scheinen die Stimmen ganz das Gepräge wirklicher Wahrnehmungen zu haben; der Kranke kann ihren Inhalt wörtlich angeben und auch deren vermeintliche Urheber erkennen. Tausende von Menschen drohen und schimpfen aus der Wand, meinte ein Kranker; ein anderer gab an, er habe das Gehör von Vater und Mutter bekommen; ein dritter sagte, als er in die Klinik gebracht worden war: „Die Teufelskerle sprechen auch hier!" In anderen Fällen werden die Täuschungen von den Sinneseindrücken mehr oder weniger scharf unterschieden. Der Kranke hört die Stimme Gottes; die Unsichtbaren sprechen; böse Geister lassen ihm keine Ruhe, beschimpfen ihn; er hört allerlei „in Gedanken", hat Stimmen für ganz Europa durch den Apparat oder Strom; „die Natur spricht zu mir", sagte ein Kranker. Die Stimmen werden an verschiedene Orte verlegt. „In den Ohren ist etwas", erklärte eine Kranke; eine andere hörte „das Gedenk" den ganzen Tag im Kopfe. „Vom Magen aus ist die Sprache gekommen", behauptete ein Kranker, während eine Kranke es in den Geschlechtsteilen reden hörte und eine andere ein Telephon in den Füßen zu haben meinte.

Der Inhalt der Stimmen ist meist ein unangenehmer; „wenn ich nur das Gehör wegbrächte!" rief darum eine Kranke aus. Der Kranke hört alles, was man über ihn spricht und denkt, daß er hingerichtet, geköpft werden solle, Kaiserbeleidigungen begangen habe; „den schafft man weg", heißt es; es sei Krieg. Ein Kranker hörte „ein Gemurmel", daß sein Bruder tot sei. Weibliche Kranke hören „sittenloses Zeug", geschlechtliche Beschuldigungen: „Waldhur, Ehemannshur, Strichhur"; sie hätten ein Kind abgetrieben, umgebracht. Bisweilen verbieten die Stimmen das Arbeiten. Ein Kranker hörte, er sei Gott. Häufig werden die eigenen Gedanken von anderen wahrgenommen. Die Leute wissen durch den Stimmtelegraphen, was der Kranke denkt, sprechen von seinen Gedanken; was er denkt und liest, wird nachgesprochen. Der Kranke gibt im stillen Antwort, spricht mit den Stimmen den ganzen Tag, unterhält sich mit dem Kaiser Wilhelm, mit Geistern, führt Zwiegespräche „auf dem Gedankenwege durch die Nasenlöcher". Manchmal werden auch die Gedanken gemacht; der Kranke muß denken, was andere denken; es findet Gedankenübertragung statt; „das sind Sachen, die fließen einem zu, und man spricht sie aus", meinte ein Kranker.

Gelegentlich kommen auch andersartige Sinnestäuschungen zur Beobachtung, Leichengeruch, Schwefelgeschmack im Essen, mephitische Luft, das Gefühl, elektrisiert, gezupft zu werden, verdoppelt zu sein. „Es zieht wunderbar im Körper herum", äußerte eine Kranke; eine andere fühlte eine Maschine in den Zähnen und in der Brust; einer dritten machte das Temperaturmessen Schmerzen. Einem Kranken tat das Herz weh, wenn die Post fuhr; ein anderer klagte: „Die Decke riecht so laut"; ein dritter fühlte „Schmerzensrisse".

Im weiteren Verlaufe beginnen die Wahnvorstellungen rasch einen immer abenteuerlicheren Inhalt zu gewinnen. Namentlich sind es unsinnige hypochondrische Ideen, in die sich der Verfolgungswahn kleidet, möglicherweise im Zusammenhange mit krankhaften Gemeinempfindungen. Öfters knüpfen die Wahnbildungen auch an Traumerlebnisse an, die ohne weiteres als Wirklichkeit betrachtet werden. Dem Kranken wird das Blut abgezogen, Milch davon geschlagen, etwas aus dem Leibe herausgenommen, das Eingeweide herausgerissen, alles zersägt, das Gesicht verschändet, das

Herz gestohlen; es wird etwas in den Hals gegossen. Ein Kranker meinte, er werde immerfort mit Wasser vollgeschüttet, daß er dann wieder lassen müsse, und lief infolgedessen ungezählte Male auf den Abort. Die Augen werden mit Gift bespritzt, aus dem Kopfe gezogen; die Sehkraft wird genommen: „mit meinen edlen Augen wird gehandelt", klagte eine Kranke Der Kopf wird gesperrt, zusammengepreßt, soll verwirrt gemacht werden; die Hirnschale wird abgeleitet, der Zentralnerv blutig zerrissen, das Nervensystem heruntergerissen, das Gehirn mit Röntgenstrahlen angebohrt, die Kopfkraft geschwächt; es wurde ein anderer Kopf aufgesetzt. Der Kranke soll verrückt gemacht, verzwirbelt werden; sein Verstand wird geraubt, seine Gedanken durch Frevel genommen, die vier Sinne durch den Arzt eingeholt; er wird idiotisch, ein Simpel; ein Kranker klagte, er könne das Durchziehen durch das Hirn nicht vertragen. Der Kranke fühlt, daß er sterben muß; das Blut stockt; das Innere ist vernichtet; die Schönheit ist aus, die Lebensfrische verloren gegangen. Es fehlt im Kopf und Rückenmark; das Gehirn schrumpft; der Kranke hat kein geistiges Leben, kein Herz mehr, muß ewig leben.

Eine große Rolle pflegen in diesen Klagen geschlechtliche Beeinflussungen zu spielen, namentlich bei weiblichen Kranken. Nachts werden „Mädchen markiert"; Weiber kommen; die Kranken fühlen sich geschlechtlich von hinten gebraucht; ihnen wird die Natur abgetrieben, ins Gesicht geworfen. Frauen werden durch „verführerische Geschichten" gequält, nachts geschändet, zur Hure hergerichtet; man will mit ihnen sauen. Der Arzt hat ihnen im Bade Männerreiz gegeben; sie spüren ihn bald im Rücken, bald im Kopfe, bald in den Händen. Nachts sind 17—18 Herren im Bett; die Klinik ist ein Hurenhaus; eine Kranke erklärte, die Sauerei mit den dreien und vieren müsse nun aufhören. Der Unterleib hat keinen Widerstand, ist nicht richtig, die Periode gesperrt; die Muttergefühle sind herausgerissen, die Mutterteile nach außen gekehrt; die Kranken fühlen sich „naturlos gemacht". Die Gebärmutter ist nie geliebt worden, fault, baumelt im Hintern; der Eierstock soll operiert, Pfeffer in den Muttermund gesteckt werden.

Die Vorstellung, beeinflußt zu werden, unfrei zu sein, tritt, wie in den angeführten Wahnbildungen, noch in vielen anderen Äußerungen deutlich zutage. Die Kranken werden durch Maschinen,

durch „Lichtrohrstrahlenapparate", durch Sympathie, Hypnotismus, Zauberei und Hexerei am Leben bedroht und gequält. Sie werden durch künstliche Mittel beeinflußt, jeden Tag verwandelt, spüren es am Körper; nachts finden Entführungen statt. Eine Gewalt treibt den Kranken, sammelt sich an, geht durch die Menschen hindurch, gibt einen klingenden Ton und bezwingt ihn; ein Kranker wurde von dem Zwang, vom „Kopfrumgehen" veranlaßt, zweimal nach Amerika zu reisen. Der Kranke spürt Treibereien, „geistige Übertragungen auf Planet und Sonne"; die Gesinnungen laufen alle zu ihm hin; „geistliche Schablonen werden angemessen". Ihm werden Schmerzen im Rücken verursacht; es wird gemacht, daß er sich im Gesicht kratzen muß. Bisweilen ist es der böse Blick, der das zustande bringt; die Ärzte reden die Augensprache; „man darf doch nicht mit einem Blick 90 Jahre Lebenszeit herausreißen", klagte eine Kranke. „Ich bin ein gedrückter Körper, ein gefesselter Mensch", äußerte ein Kranker; „die Blitzsachen haben keinen Zweck"; ein anderer bat, er wolle sein Recht, seine Gewalt wieder haben. Ein dritter fühlte sich in „öffentlicher hypnotischer Haft", trotz anscheinender Freiheit im erweiterten Käfig, da die „Hypnotisten" ihn durch die hypnotische Augenkraft vollständig in ihrer Gewalt hätten.

Neben den Verfolgungsideen finden sich in mehr als der Hälfte der Fälle auch Größenideen; in einer kleinen Zahl von Beobachtungen beherrschen sie allein das Krankheitsbild. Gewöhnlich treten sie erst nach einiger Zeit hervor, auch nach mehreren Jahren, seltener schon beim Beginn des Leidens; so war bei einem Postboten fast das erste auffallende Krankheitszeichen, daß er sich auf einem amtlichen Schriftstücke als Generalfeldmarschall unterzeichnete. Der Kranke hat übernatürliche Gaben, wichtige Erfindungen gemacht, den Röntgenapparat, das „Peter mobile", besitzt zahlreiche Patente, eine Fabrik; die Klinik, das Land, alle Reiche gehören ihm. Er hat Geld auf der Kasse, ein großes Vermögen, bekommt eine Stelle mit 1000 Mark Gehalt, hat Anspruch auf 32 Millionen, die von Rothschild und dem Schah von Persien für ihn hinterlegt sind, verlangt jeden Tag 1000 Mark Entschädigung, versteht das Geldmachen; ein Kranker behauptete, er habe „das Lösegeld", indem er alle Knöpfe von seinem Anzuge abdrehte und jedem den Wert von einigen 1000 Mark beilegte. Der Kranke ist Fürst von Gottes Gnaden, Erbe als deutscher Kaiser, Eigentumsbesitzer vom Deutschen Reich,

sein Vater ein Prinz, der Kaiser; er war mit 25 Jahren König vom Urgroßvater her, besitzt eine Ehren- und Siegesdecke, will eine Uniform, im Schlosse wohnen, wünscht vom Bezirksamte Aufklärung über seine Abstammung. Ein Kranker, der heiser war, meinte, er habe das Leiden von Kaiser Friedrich, sei daher mit ihm verwandt und königlichen Geblütes. Ein anderer ist rechtmäßiger Nachfolger vom Kreuz als Pharao, Gedankenleser, Hellseher, von Gott berufen, zum Heile der ganzen Menschheit geboren, Paulus, Gottvater, Schutzengel, Richter über die Lebendigen und Toten. Er hat zwei Naturen, eine göttliche und eine geistige, steht schon im roten Magnifikat, muß Böse bestrafen, Fromme schützen, erhält Offenbarungen, kann die Sonne aufgehen lassen. Manche Kranke erzählen von inneren Wandlungen, die sie durchgemacht haben, und bei denen ihnen ihr zukünftiger hoher Beruf klar geworden ist; ein Landstreicher hörte dabei, er solle Orgelbauer werden. Ein Kranker behauptete, seine Braut habe ihn geistig geboren.

Weibliche Kranke sind Freifrau Bergshausen, Planga Geyer von Geyersberg, Gräfin Drossel, Kaiserin von Ladenburg, majestätische Personen, Tochter Kaiser Wilhelms I., Frau des Kaisers, müssen die Kaiserin vertreten, bekommen Versorgung vom Kaiser; sie sind Weltherrscherin, Himmelskönigin, Machthaberin alles Höheren, wollen die Menschheit erlösen, haben die Schlüssel zur Hölle. Ihnen gehören alle Reiche; Gott ist ihr lieber Papa. Sie sprechen von ihren Untertanen, erklären, daß die Anstalt ihnen gehöre, verlangen in ein feines Hotel, in ihr Reich nach Berlin. Eine Kranke erklärte sich für Christus; eine andere nannte sich mit dem Namen ihres Mannes, behauptete, jener sei ihre Frau, verlangte Hosen und wollte auf die Feldarbeit hinaus. Manche Kranke erkennen ihre Männer nicht mehr an, wollen einen Baron heiraten, reisen einem Vikar nach, den sie für ihren Mann halten, verlangen vom Arzte, daß er sie heiraten solle. Eine Kranke legte um einen vermeintlichen Liebhaber Trauer an; eine andere verliebte sich in den Pfarrer, wollte mit ihm nach Rom fahren, wo er Papst werden solle; eine dritte erklärte, der Kaiser komme jede Nacht zu ihr.

Hier und da verknüpfen sich die Wahnbildungen mit Erinnerungsfälschungen, die den Kranken Erlebnisse aus längst vergangener Zeit, bis in die früheste Jugend hinein, ja aus einem früheren

Dasein vorspiegeln. Die Kranken halten sich für ein untergeschobenes Kind, weil sie den Geschwistern nicht ähnlich sehen; sie erinnern sich, daß sie als Kind in einem schönen Schlosse vom Landesfürsten auf den Knien geschaukelt wurden; später sind sie dann von ihren „Pflegeeltern" schlecht behandelt worden, hörten allerlei Anspielungen von ihnen, die auf ihre hohe Abstammung Bezug hatten. Ein Kranker behauptete, schon im Hause seiner Großeltern gelebt zu haben, als seine Eltern heirateten, und er erinnerte sich an deren Hochzeitsfeier; ein anderer gab an, daß er von 1795—1820 in Amerika gelebt habe; ein dritter erzählte, er sei 1797 geboren, dann in Moskau aufgewachsen; er sei bei der Kreuzigung Christi zugegen gewesen, habe Universitäten gegründet, Schlösser erbaut, das Reichstagsgebäude errichtet, in Afrika Löwen gejagt, alle Feldzüge mitgemacht. Diese Fälle, bei denen nach den Äußerungen der Kranken die Wahnbildung anscheinend schon in früher Jugend begonnen hat, haben Sander den Anlaß zur Schilderung einer „originären" Paranoia gegeben, bei der die Entwicklung der Krankheit bis in die Kindheit zurückreichen sollte. Die weitere Erfahrung hat indessen gezeigt, daß es sich bei derartigen Erzählungen ausnahmslos um nachträgliche krankhafte Erfindungen handelt. Neisser hat daher geradezu als kennzeichnendes Merkmal der von Sander umschriebenen Gruppe die Erinnerungsfälschungen hingestellt und die Abgrenzung einer „konfabulierenden Paranoia" vorgeschlagen. Nach meiner Überzeugung gehören die von Sander angeführten Beobachtungen zur Dementia praecox. In der Regel bilden hier die Erinnerungsfälschungen nur ein vorübergehendes Krankheitszeichen, so daß sie sich zur Abgrenzung einer besonderen Gruppe kaum eignen.

Ist man im Anfange noch einigermaßen imstande, den Gedankengängen der Kranken zu folgen, so wird bei der weiteren Entwicklung des Bildes die in den angeführten Beispielen schon vielfach zutage tretende Unsinnigkeit und Absonderlichkeit der Ausdrucksweise so stark, daß man die krankhaften Äußerungen kaum oder gar nicht mehr zu enträtseln vermag; auch Wortneubildungen wirken dabei erschwerend. Die Kranken klagen über die Mördereitreiber, die unterirdische Menschengeschichte am Körper; sie behaupten, daß sie gescharnickelt, überfrecht werden; sie fühlen sich nachts mit dem Hahnentritt gesperrt, ausgezogen durch eine Nadel. Das Bleichbuch

wird aufgemacht; die Eisenbahn hat 9 Jahr Zuchthaus geschlossen; der Verstand wurde ins Himmelhöh gebracht; man macht den Hundsstich mit ihnen, leitet den Zentralnerv auf den Ursprung ab. Sie haben das Wachstum, das Meeresrauschen, kein Brustfutter mehr, Leberklemmung, weiße Ruhrauszehrung; ein Beschleunigungskurs ist gegen sie angeordnet. Ein Kranker meinte, er sei „das schmähwörtliche Kaiserreich, das Herz gewiß und das menschliche Leben"; eine Kranke erklärte, sie trage die Erdkugel und das Telephon.

Trotz dieser oft ganz unverständlichen Äußerungen sind die Kranken über ihren Aufenthaltsort, über Zeit und Personen meist dauernd im klaren, wenn auch wahnhafte Verfälschungen und Umdeutungen vielfach erkennbar sind. So meinte eine Kranke, sie sei in der Verwirrungsanstalt; eine andere bezeichnete die Klinik als „Kasemattenzuchthaus". Auch die Ärzte und Mitkranken werden öfters verkannt, die eigenen Angehörigen verleugnet, aber nicht auf Grund wirklicher Auffassungsstörungen, sondern im Zusammenhange mit Wahnbildungen. Das Bewußtsein ist, abgesehen von vorübergehenden Erregungen, nicht getrübt; die Kranken sind besonnen und fassen ziemlich gut auf, vermögen über ihre Verhältnisse Auskunft zu geben und einfachere geistige Aufgaben zu lösen, soweit sie nicht durch Willensstörungen oder durch die zunehmende Verblödung daran gehindert werden. Von einem Krankheitsverständnisse ist dagegen keine Rede. Die Kranken geben höchstens zu, daß sie durch die Verfolgungen etwas „nervös" geworden seien; „mich mit dem Irrenhaus in einem Wort zu nennen, ist geradezu eine quadratische Verkehrtheit", schrieb ein Kranker. Auch der Augenschein überzeugt die Kranken nicht. Führt man sie in den Raum, wo sie die Verfolger vermuten, so erkennen sie nur, daß man inzwischen alles Verdächtige beiseite geräumt habe.

Die Stimmung der Kranken zeigt keine sehr ausgesprochene Färbung. Manche Kranke tragen ein stark gehobenes Selbstgefühl oder eine läppische Heiterkeit zur Schau; häufig sieht man sie in ein grundloses Lachen ausbrechen. Andere erscheinen auffallend teilnahmlos und gleichgültig. Sehr häufig aber ist ein ablehnendes, gereiztes, streitsüchtiges Wesen mit gelegentlichen heftigen Schimpfausbrüchen und selbst Gewalttätigkeiten, namentlich zur Zeit der Menses. Bisweilen tritt eine sehr lebhafte geschlechtliche Erregung hervor, die sich in rücksichtslosem Masturbieren, unflätigen Reden,

rohen Anträgen und Angriffen äußert. Eine Kranke verlangte dauernd auf das dringendste, mit dem Mutterspiegel untersucht zu werden; eine andere stopfte sich Roßhaar in die Vagina.

Das Handeln der Kranken scheint zum Teil mit ihren Wahnvorstellungen in Beziehung zu stehen, pflegt aber den Stempel des Absonderlichen und Unbegreiflichen zu tragen. Die Verfolgungsideen führen zu heftigen Wutausbrüchen und gefährlichen Angriffen gegen die vermeintlichen Feinde. Ein Kranker bedrohte den Pfarrer mit Erschießen; ein anderer schloß Frau und Kinder ein und übergab den Schlüssel zur weiteren Untersuchung dem Staatsanwalt. Eine Kranke wollte ihrem Vater den Hals abschneiden; eine andere würgte ihre Freundin; eine dritte wollte sich und ihr Kind umbringen, weil sie gehört hatte: „Verderben hole sie und ihre Brut!"; eine vierte schlug ihren Mann mit dem Beil auf den Kopf, „um ihn zu erlösen". Die Beweggründe solcher Angriffe sind oft sehr unklare. Ein Kranker fühlte sich plötzlich gedrungen, seine Schwester, mit der er in gutem Einvernehmen lebte, zu verletzen, machte sich zu ihr auf den Weg und stach sie in den Rücken. Nicht selten wenden sich die Kranken an die Behörden, um sich über die Verfolgungen zu beklagen und um Hilfe zu bitten, bisweilen in ganz wirren Schriftstücken. Die Sinnestäuschungen veranlassen die Kranken dazu, sich die Ohren zu verstopfen oder sich gegen die Ohren zu schlagen; zwei meiner Kranken zogen sich auf diese Weise Ohrblutgeschwülste zu. Andere sprechen vor sich hin, antworten auf die Stimmen, rufen in die Heizung hinein, werden nachts unruhig, um sich gegen die Vorwürfe und Schimpfereien zu verteidigen. Vergiftungsideen können zur Nahrungsverweigerung führen; eine Kranke nährte sich längere Zeit hindurch nur von Eiern; ein Kranker trank nur Milch; ein anderer speichelte sehr stark, um das Gift wieder zu entfernen. Manche Kranke schleudern das Essen plötzlich fort, weil es ihnen verdächtig erscheint. Eine Kranke schnürte sich ganz in Tücher ein, um sich vor den gefürchteten Beeinflussungen zu schützen. Gelegentlich kommt es auch zu Selbstmordversuchen; ein Kranker versuchte sich die Hoden abzubinden; eine Kranke verschluckte Nadeln.

Religiöse Größenideen führen zum Deklamieren von Bibelsprüchen, zum Predigen und Fasten, Schimpfen auf die Geistlichkeit; ein Kranker baute sich einen Hausaltar. Auch hier wird die Nah-

rungsaufnahme öfters in Mitleidenschaft gezogen. Eine Kranke genoß nur Wasser und Brot; ein Kranker fastete Donnerstags und Freitags; ein anderer meinte, ein höheres Wesen brauche überhaupt nicht zu essen, auch seine Notdurft nicht zu verrichten. Eine Kranke kam zum Bezirksarzte und bat ihn, ihr den Rücken aufzuschneiden und Engelsflügel einzusetzen. Die geschlechtliche Erregung veranlaßt die Kranken zu Ausschweifungen, zu dem Entschlusse, sich scheiden zu lassen, zu dem Versuche, sich irgendeiner ganz fremden Person des anderen Geschlechtes zu nähern, zu unzüchtigen Handlungen an Kindern. Eine Kranke wollte ihren Bruder heiraten.

Neben diesen, immerhin noch einigermaßen begreiflichen Willensäußerungen laufen andere einher, für die verständliche Beweggründe kaum auffindbar sind. Die Kranken irren nachts im Hause herum, stellen plötzlich den Wecker ab, reißen Pfähle aus dem Weinberge, brechen die Reben ab, suchen auf dem Friedhofe das Grab ihrer noch lebenden Frau, laufen hundertmal des Tags auf den Abort, schneiden sich die Haare ab. Manchmal mögen auch hier Wahnvorstellungen eine Rolle spielen, über die sich die Kranken nicht äußern; vielfach aber haben wir es gewiß mit reinen Triebhandlungen zu tun, über deren Entstehungsgeschichte sich die Kranken selbst keine genauere Rechenschaft zu geben vermögen. Gesichert erscheint diese Auffassung bei den zahlreichen Handlungen, die wir in ganz gleicher Form bei den früher besprochenen Formen der Dementia praecox angetroffen und dort als den Ausfluß der diesem Leiden eigentümlichen Willensstörungen kennen gelernt haben.

Zunächst begegnen uns eine Reihe von negativistischen Erscheinungen. Die Kranken sind ablehnend, unzugänglich, einsilbig, selbst stumm, ziehen sich zurück, verkriechen sich, ziehen die Decke über den Kopf. Ein Kranker äußerte sich nur schriftlich; andere antworten nur in unbestimmten Redensarten oder reden vorbei. Sie geben die Hand nicht, weil sie „es nicht nötig haben", „es nicht dürfen", weil sie „keinen Leichtsinn mehr treiben". Oder sie reichen die linke Hand, die Fingerspitzen, umwickeln die Hand mit dem Taschentuche. Manche Kranke halten die Augen geschlossen, bedecken den Mund mit der Hand, legen sich in fremde Betten, verweigern zeitweise ohne erkennbaren Anlaß die Nahrung, lassen hier und da unter sich gehen; die Aufforderung, sich zu beschäftigen,

wird abgelehnt. Auf der anderen Seite zeigen die Kranken gelegentlich wieder Befehlsautomatie, sind kataleptisch, strecken die Zunge zum Durchstechen willenlos heraus, ahmen Zurufe und Gebärden nach. Öfters sieht man sie absonderliche Stellungen einnehmen, tagelang auf einem Flecke stehen, vor sich hin starren.

Sehr ausgeprägt pflegen vielfach die Manieren zu sein. Die Kranken schneiden Gesichter, strecken die Lippen rüsselförmig vor, saugen auf dem Finger, machen eigentümliche Gebärden, die bisweilen eine Art Zeichensprache darzustellen scheinen, bewegen sich geziert, putzen sich abgeschmackt aus, legen ihre Bettstücke absonderlich zusammen, lösen sich die Haare auf, speicheln, schnalzen, sprechen abgehackt, rhythmisch, in gesuchtem Hochdeutsch, französelnd. Dazwischen schieben sich allerlei sinnlose, triebartige Handlungen. Die Kranken rupfen sich die Barthaare aus, drehen sich um die eigene Achse, klettern plötzlich am Fenster in die Höhe, zerschlagen Scheiben, werfen das Geschirr ins Zimmer. Häufig sind auch Stereotypen, Pflücken an den Fingern, wiegende Bewegungen, Herumrennen im Kreise, einförmige Arm- und Handbewegungen, Reimen, Verbigerieren.

Der Inhalt der sprachlichen Äußerungen ist zerfahren, geschraubt, zeigt faselige Weitschweifigkeit, Neigung zu klingenden Redensarten, Zitaten, Wortspielereien, Wortneubildungen, bisweilen bis zu völliger Verworrenheit. Die ganze Redeweise der Kranken wird dadurch, namentlich in den späteren Abschnitten des Leidens, höchst absonderlich und wimmelt von verblüffenden Wendungen. Eine Kranke sprach davon, daß sie „flegelweise“, „entsetzenswegen“, „anspruchsweise“ gemißhandelt werde, eine „veruntreute Mama“ sei; ein Kranker bezeichnete sich als den „künstlich Bekämpften“; ein dritter behauptete, die Ärzte seien „umgekehrte Doktoren“. „Leben ohne Leber hat man mir telegraphiert“, meinte ein Kranker; ein zweiter sagte: „Wenn man jemandem die Hand gibt, so ist man die Liebe“; ein dritter empfing mich mit den Worten: „Ich glaube, daß die Herren um mein Vertrauen da sind und nicht um das ihre.“ „Man macht mir Doktorschaft“, klagte eine Kranke, während eine andere auf die Frage nach Sinnestäuschungen erwiderte: „Die Attachésache ist seit zwei Jahren vorüber.“ Wieder eine andere äußerte: „Mir gehört doch das Privatrecht, ein Mann, der für mich eintritt; der Abwender soll abwenden“, und ein Kranker fertigte

mich mit den Worten ab: „Sind Sie Staatsschema? Radius, Radius, das genügt.“ Auch völliger Agrammatismus kommt vor; ein Kranker erwiderte auf meine Anrede: „Schlaf und Traum und Gemütszustand ohne Sympathie und ohne Hauptschlüssel.“ In den Schriftstücken der Kranken kehren ähnliche Verschrobenheiten wieder; zugleich begegnen wir hier öfters einer absonderlichen Anordnung der Zeilen und Buchstaben wie einer vertrackten Rechtschreibung. Gerade diese Störungen des sprachlichen Ausdruckes in Wort und Schrift stimmen vollkommen mit denjenigen überein, die wir in den Endzuständen sonstiger Formen der Dementia praecox zu beobachten Gelegenheit haben.

Auch nach anderer Richtung entsprechen die Ausgänge dieser Gruppe ganz denjenigen der bisher besprochenen Krankheitsbilder. Als Endzustand findet sich am häufigsten die manierierte, etwas seltener die negativistische oder faselige Verblödung. Nur in etwa 12% der Fälle entwickelt sich ein einfacher Schwachsinn ohne sonstige auffallendere krankhafte Überreste; ebensooft stellt sich eine stumpfe Verblödung ein. Wesentliche Besserungen mit späterer Wiedererkrankung konnte ich unter meinen Fällen, die etwas mehr als 9% der Beobachtungen von Dementia praecox umfassen, nicht feststellen; Anfälle fanden sich nur bei 3% der Kranken. Die hier beschriebene Form gehört demnach zu den weniger günstigen. Ihr Verlauf ist wesentlich chronischer und gleichförmiger, als wir ihn bisher kennen gelernt haben; sowohl die Nachlässe der Krankheitserscheinungen wie die doch wohl als besonders stürmische Äußerungen des Leidens zu deutenden Anfälle treten fast gänzlich zurück. Sehr merkwürdig ist die Tatsache, daß hier das männliche Geschlecht mit 44% erheblich hinter dem Durchschnitte zurückbleibt, namentlich aber, daß nur 26% unserer Kranken diesseits des 25. Lebensjahres standen. Diese paranoide Form ist somit ganz vorzugsweise eine Erkrankung der mittleren und höheren Lebensalter; einzelne Fälle reichen bis in das 6. Lebensjahrzehnt hinein. Wir erinnern uns hier, daß auch die depressive Verblödung mit Wahnbildungen, die mit unserer Form hier manche Berührungspunkte aufweist, die reiferen Altersstufen etwas mehr bevorzugt. Wenn die fortschreitende Erfahrung unsere heutige Annahme bestätigt, daß es sich bei allen hier auseinandergehaltenen klinischen Bildern doch um den gleichen Krankheitsvorgang handelt, so könnte

man vermuten, daß mit höherem Alter an sich die Neigung zu ausgeprägteren Wahnbildungen wächst, während zugleich die Möglichkeit eines weitergehenden Ausgleiches der Störungen abnimmt und der Verlauf ein schleppenderer wird. Daß wahnbildende Krankheitsformen überhaupt mehr dem reiferen Alter anzugehören pflegen, wird durch vielfache Erfahrungen bestätigt. Auch bei der Paralyse sehen wir die jugendlichen Formen erheblich seltener Wahnvorstellungen erzeugen.

Als eine weitere Form der paranoiden Dementia praecox glaube ich nunmehr noch eine Gruppe von Fällen anfügen zu sollen, die einerseits eine ganz ähnliche Entwicklung und die gleichen Wahnbildungen aufweisen wie die soeben geschilderten paranoiden Erkrankungen, andererseits aber in eigenartige Schwachsinnszustände ausgehen. Während dort in den Endzuständen hauptsächlich die Willensstörungen und die Zerfahrenheit des ursprünglichen Krankheitsbildes zurückbleiben, haben wir es hier mit der Entwicklung eines psychischen Siechtums zu tun, das besonders durch die Fortdauer von Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen gekennzeichnet wird: den Ausgang des Leidens bilden Zustände, die wir als paranoiden oder halluzinatorischen Schwachsinn bezeichnen können. Da hier der Kern der Persönlichkeit weniger stark geschädigt erscheint, ist es vielleicht gestattet, von einer „Dementia paranoides mitis" zu sprechen.

Der Beginn des Leidens war in 74% meiner Fälle ein schleichender, während etwa 9% akut, die übrigen subakut einsetzten. Allerdings waren auch in diesen letzteren Fällen vielfach leichtere Veränderungen wohl schon längere Zeit vorausgegangen. Fast immer handelte es sich hier nämlich um den Ausbruch der Krankheitserscheinungen in der Haft bei Persönlichkeiten, die schon seit Jahren in die Verbrecherlaufbahn geraten waren, bisweilen nach anfänglich guter Entwicklung, öfters aber auch auf der Grundlage einer von vornherein ungünstigen Veranlagung oder vernachlässigter Erziehung. In 20% der Fälle hatten die Kranken eine mittelmäßige oder schlechte Begabung in der Schule gezeigt; einzelne wurden als von Jugend auf störrisch, eigensinnig, boshaft, mißtrauisch, sonderbar, „nervös" bezeichnet. Unter den Männern fanden sich zu zwei Dritteln Landstreicher und Verbrecher, wohl ein Zeichen dafür, daß wir es hier entweder mit minderwertig ver-

anlagten Persönlichkeiten oder, was für manche Fälle zutreffender schien, mit einer ganz allmählichen und weit in die Vergangenheit zurückreichenden Veränderung zu tun hatten, die erst nach längeren Jahren ausgeprägt krankhafte Züge gewann. Nach allen diesen Richtungen verhält sich die hier behandelte Form mithin ganz ähnlich wie die vorige.

Auch die ersten Erscheinungen der Krankheit, soweit sie sich bei der meist sehr langsamen Entwicklung überhaupt feststellen lassen, scheinen die gleichen zu sein. Die Kranken werden mißtrauisch, reizbar, unbotmäßig, zeitweise bedrohlich und gewalttätig, benehmen sich auffällig, führen absonderliche Reden, wechseln häufig ihre Stellen, hören auf zu arbeiten. Nach und nach wird es dann deutlich, daß sie an Sinnestäuschungen, vorzugsweise im Bereiche des Gehörs, und an Verfolgungsideen leiden. In den akut, namentlich in der Haft, einsetzenden Fällen pflegen diese Störungen das erste auffallende Krankheitszeichen zu sein.

Der Inhalt der Sinnestäuschungen ist zumeist ein feindseliger, aufreizender. Im Anfange ist es vielleicht nur ein Brausen, Klingen, Surren; dann aber hört der Kranke, wie er vom Nachbarn verspottet, beschimpft wird; man nennt ihn Bankert, Spitzbube, Schweinhund, Zuchthausstehler, Wildsau, Lumpenvieh, Sauferkel; es sind „Verfolgungsstimmen". Häufig wird Unsittliches gesprochen. Der Kranke hört unanständige Reden über sich, soll seine Kinder genotzüchtigt haben; es ruft „Bigamie". Frauen werden „Fürstenhure, Rosenhure, Fürstenschlampen" geschimpft; ein Kranker hörte Damenstimmen, die ihm zuriefen, er solle kommen und sie lieben; ein anderer wurde „Griffelspitzer" (Onanist) genannt. Seltener heißt es: „der ist ein hübscher Bursch, ein schöner Kerl". Bisweilen wird alles besprochen, was der Kranke tut: „alleweile guckt er schon wieder". Der Hausherr telegraphiert, was er spricht; die Stimmen hören alles, wissen seine Gedanken, sprechen sie vorher aus, wiederholen laut, was er liest; es ist Gedankenleserei, Doppelsprache. Ein Kranker meinte, zwei Personen sähen durch seine Augen alles, was vorgehe. Aber auch er kann anderer Gedanken lesen, fühlt, was man mit ihm vorhat. Die Stimmen sind bald ganz unsinnlich, „geheime Stimmen", „inwendige Stimmen", „Gedankensinnieren", Eingebungen von oben, bald flüsternd, „Zuflüsterungen", „Einblaserei", „Lispeln". Man spricht durch Luft-

schächte, aus der Uhr oder durch einen Phonographen, singt ihm in die Ohren hinein; die Leute über und neben ihm sprechen („Deckenläufer", „Hinterwändner"); von allen Seiten wird telephoniert; der Kranke „hat mit jedermann Fühlung"; im linken Ohre sitzt jemand. Hier und da ist es Gott oder Christus, der spricht. Die Stimmen beherrschen den Kranken oft dauernd, namentlich auch in der Nacht; die Wärter haben ihn nachts im Gehör; es ist eine „Nachtsabhörerei".

Seltener sind Gesichtstäuschungen. Der Kranke wird geblendet und bespiegelt; er sieht einen leuchtenden Schein im Zimmer, helle Vierecke, Striche, Heiligenbilder am Himmel, ein Kreuz und den Heiland, die Himmelfahrt Jesu am Firmament; „das passiert nicht jedem", fügte ein Kranker hinzu. Andere sehen „Bilder, wie zur Unterhaltung vorgeführt", schwarze Gestalten; ein Kranker behauptete, er sehe alles durch Gläser in der Wand. Dazu gesellen sich Verwesungsgerüche, ein „kolossaler Geruch nach Phosphor", stinkende Dämpfe, Bitterkeit in Mund und Nase, der Geschmack von Petroleum, Wanzen, Chlorkalk, Menschenkot, Schwefel, Öl, Spiritus, Zwiebelsaft, Bleiweiß, Pfeffer, Gift aller Art im Essen; ihm wird schlecht nach der Milch; das Bier ist Blutwasser.

Ist es schon bei derartigen Äußerungen der Kranken oft schwer, zu entscheiden, ob es sich um wirkliche Sinnestäuschungen handelt, so gilt das in noch höherem Grade von den mannigfachen Mißempfindungen, über die sie zu klagen pflegen. Sie haben Stiche auf der Lunge, fühlen sich „umschlungen von Kälte", spüren Brennen und Wühlen im Magen, Kälte in der Lunge, Beklemmung am Herzen. Es sticht, stupft und schneidet. Die Haut juckt, ist zu eng, das Hinterteil fort, so daß sie nicht sitzen können; sie können nicht schnaufen, haben keine Lunge mehr; das Gehirn läuft auseinander; Dreck läuft zum Ohre hinaus. Sehr bald werden diese Empfindungen auf äußere Einwirkungen zurückgeführt und wahnhaft verarbeitet. Der Kranke wird geplagt Tag und Nacht, abgemartert, verbrannt, dreckig gemacht, an seiner Gesundheit ruiniert; es finden Folterungen am ganzen Körper statt. Man zieht ihm das Blut aus Nase und Körper, spritzt ihm Speichel in Gesicht und Mund, macht ihm Diphtheritis, klystiert ihn „mit Kirchhofsverwesung", führt ihm gefährliche Arzneien durch Röhrchen ein, tut ihm pulverisiertes Sublimat ins Auge; man bläst ihm Ohren und Kopf auf,

brennt ihn mit Maschinen, schießt ihm 5000 Kügelchen in die Ohren, erteilt ihm elektrische Schläge; 100 Mäuse laufen ihm über den Rücken. Das Fleisch wird heruntergerissen, mit einem Magneten von den Schultern abgemacht, „Abbruch" getan; das Herz wird genäht, der Hals zusammengedrückt, der Urinbeutel eingesetzt, die Gurgel rauh, das Gesicht alt gemacht. Am Fuße wird geschnitzelt, am After gerissen; die Kraftadern werden angegriffen und durchschnitten, die Zähne verdorben. Im After bohren Kinder herum; der Darm wird „aufgewickelt und in Platten abgelagert", Kot ins Gehirn gepumpt, das „Geschlecht wagerecht herausgezogen und senkrecht wieder hineingesteckt". Im Ohr sitzt ein Magnet, in der Brust ein Räderwerk, das den Kranken lenkt wie eine Gliederpuppe. Der Pfarrer hat das Hirn zur Nase herausgedrückt; der Kranke wird „ausgefüllt und eingefüllt", muß Mäuse und Katzen einatmen; Wechselströme kommen wellenförmig auf ihn zu; es ist „Stromkrieg". Öfters werden diese Plagen mit besonderen Namen belegt; es wird „Schweinemord" ausgeübt, „Seichzauber" getrieben; die Kranken sprechen von Fingerzucken, Fleischschwellen, Blutstillen und Blutfließenlassen, Ereignismachen, Bombenbersten, Hummerknacken usf. Ein Kranker schrieb, es würden bei ihm „Halluzinierungen, Alienierungen, Exstirpationen, Informierungen, Transversalismus, Orthotrophie usw." angestrebt.

Dafür, daß es sich hier überall mehr um Wahnbildungen als um Trugwahrnehmungen handelt, spricht außer der abenteuerlichen Gestaltung der Mißempfindungen auch der Umstand, daß die Martern öfters in die Zeit des Schlafes verlegt werden. Das Bett bewegt sich; der Kranke wird nachts durch Rippenstöße und Elektrisieren geplagt; ihm wird im Schlafe die Brust eingedrückt, oder ihm werden die Knochen herausgenommen und durch Stöcke ersetzt. Nachts finden „geistige Verschleuderungen" statt; es ist „viel Verkehr"; „nachts hat man die Nachtruhe nicht", meinte ein Kranker. Bisweilen mag es sich hier um Traumdeutungen handeln, da die Kranken vielfach Traumerlebnisse ohne weiteres in die Wirklichkeit übertragen.

Auch alle möglichen anderen Verfolgungsideen stellen sich ein. Der Kranke wird gefoppt, überall schon vorher angemeldet, von Schutzleuten beobachtet und verfolgt, vom Satan versucht, ist verloren, angesteckt, verfehmt, soll zugrunde gerichtet, zum Tode

verurteilt, erschossen, chloroformiert, erdrosselt, weggeschafft, hingerichtet werden, muß im Mai sterben, kommt auf ungeweihten Gottesacker. Man schikaniert ihn, bestiehlt ihn; Leute dringen mit Nachschlüsseln ein, verderben ihm das Essen; Löcher werden in die Decke gebohrt; Wagenschmiere, Chlorkalk, Seife wird heruntergeworfen. Briefe werden gefälscht, unterschlagen; Lose verschwinden; es finden politische Intriguen statt; es wird Gericht gehalten. Der Pfarrer trägt unrechte Lehren vor; in der Zeitung stehen Anspielungen; „man versteht's schon", meinte ein Kranker. Die an ihn gerichteten Fragen sind „Vexierfragen"; die Leute der Umgebung sind Weibsbilder, „maskiert"; es besteht eine Verschwörung, bei der die Beteiligten einander ablösen. Es ist ein unheimliches Leben im Hause, wie ein Komplott, eine „doppelte Welt"; alles ist verwunschen; auch die Katze ist angestiftet, den Kranken anzuhauchen. Die Frau ist gestorben, durch Hexensympathie entfremdet, vom Doktor umgebracht; der Sohn ist verschlitzt, aufgehängt, das Mädchen verbrannt; die Kinder haben ein Messer im Halse, sind ins Unterirdische gekommen; im Hause werden Kranke geschlachtet und zu Wurst verarbeitet.

Recht häufig sind geschlechtliche Wahnbildungen. Die Kranken sind eifersüchtig, glauben anderweitig verheiratet zu sein; die Kinder sind nicht von ihnen; eine Kranke meinte, ihr Mann habe 54 Weiber und 54 Kinder. Die Frau tut Mensesblut in die Speisen; ein Frauenzimmer, das sich unsichtbar machen kann, verfolgt den Kranken. Es werden unsittliche Schauspiele aufgeführt; kleine Mädchengestalten erscheinen und erregen den Kranken geschlechtlich; er wird durch unkeusche Reden gereizt. Weibliche Kranke sollen gemißbraucht, magnetisch-elektrisch geschwängert werden; Männer stellen ihnen nach; nachts machen die Saukerle an ihnen herum; es ist Ehestifterei. Schweinereien werden getrieben, das Glied gekitzelt, abgerieben, der Same abgegossen, die Natur abgezogen. Ein Kranker wurde durch Stimmen aufgefordert, als Beschäler in besseren Familien mit den Töchtern geschlechtlich zu verkehren.

Als Urheber der Verfolgungen werden bald polnische Juden, der Pfarrer, eine frühere Geliebte, der geheime Freimaurerbund, die Nachbarn, der Zauberer im unterirdischen Gewölbe, die Schwägerin, die Aufseher im Gefängnisse betrachtet; ein Kranker meinte, es sei „ein nächtlicher religiöser, geheimer, meuchelmörderischer Staats-

bürgerkrieg". Als Hilfsmittel vermuten die Kranken Apparate, einen elektrischen Totschlägerstrom, einen „Patentelektrisierapparat", mit dem sie auch gelegentlich jemanden hantieren sehen, 300 Maschinen und ein patentiertes großes Uhrwerk, das alles treibt; „mit Elektrizität kann man viel machen"; es sind zwei Seelen, die den Kranken elektrisieren. Er fühlt sich „voll Galvanisation", wird mit der Maschine gequält, „durchtelegraphiert", mit Röntgenstrahlen untersucht; es sind physikalische Experimente, pestilenzartig, oder es ist Zauberei, Hexerei. Ein Kranker meinte, die Vorübergehenden zögen ihm mittels eines schröpfkopfartigen Werkzeuges, das sie im Munde hätten, das Blut aus dem Leibe.

Eine besondere Rolle pflegen auch in den Klagen dieser Kranken die Schilderungen von Beeinflussungen der Gedanken und des Willens zu spielen. Es findet „Gedankendrängen" statt; der „Gedankenprüfer" wirkt ein; „der Apparat macht Lachen, Weinen, Kälte, Zittern, Empfindungen im Körper". Die Vehme macht Spannungen; der Kranke fühlt sich „zurückgedrängt", „eingeengt", niedergedrückt, „in allen Beziehungen gestört"; er ist „im Bann"; es kommt zu „kriminellen Pressionen und Inquisitionen". Mit Gedanken wird auf ihn eingewirkt; er muß tun, was die Stimmen befehlen, wird durch Suggestion zu Handlungen gedrängt. Sein Körper ist wie eine Maschine, die man sprechen läßt; die Zunge wird ihm geführt; „sie lösen einem die Zunge, und man muß sprechen, ob man will oder nicht". Beim unwillkürlichen Verschreiben eines Wortes „waltet die Wahrscheinlichkeit der Inspirierung ob". Die Geister hindern den Kranken am Arbeiten; die Gedanken werden ihm aus dem Kopfe genommen, so daß er nichts denken kann. Oder man gibt ihm Gedanken ein, die nicht seine eigenen sind; ihm wird die Unterstellung gemacht, als ob er sich einbilde, König zu sein. Dann wieder wird er betäubt, hypnotisiert, in magnetischen Schlaf versetzt, muß Auskunft geben. Ein Kranker wurde zum Haarauszupfen angeleitet; „das macht so lange, bis ich's tue", erklärte er. Aufregungen, Speichelfluß werden dem Kranken gemacht; er wird durch magnetischen Einfluß heimlich ärztlich untersucht, verrückt gemacht; der ganze Verstand wird vernichtet. Dabei fühlt er Strahlen in den Lippen; die Stimmen kommen bis auf die Knochen. Ein Kranker richtete an uns eine Zuschrift „in Angelegenheit spiritistischer Zustände", in der er unsere ärztliche Hilfe erbat. Es hieß hier:

„Obig erwähnte spiritistische Zustände meiner Person bestehen in einem wirklichen Sprechen mit Seelen im Innern meines Hauptes. Ihr gedankenstörender Einfluß wird mir durch die erwähnten Seelenwesen auf zwangvolle Weise unter Bohren und Stechen, immerwährendes Kopfjucken auf die nicht zu beschreibende Weise auferlegt. Ich nenne diese Mißhandlung durch Seelen eine zwangvolle, da der Mensch sich ihre zuwiderhandelnden Einflüsse im Innern des Leibes nicht abwehren kann. Diese häufig so arge Störung geht vielfach in einen Zustand über, in welchem der Mensch gar nicht mehr weiß, was er tut. Es kommt mir vor, daß ich eine Handlung verrichte, die gerade das Gegenteil von dem ist, was ich tun sollte. Ich bedaure, ein Opfer eines spiritistischen Ergriffenwerdens geworden zu sein. Gezeigter Unwille, mit Seelen nicht sprechen zu wollen, bleibt erfolglos. Ich bitte, mich vertrauensvoll an die Klinik wenden zu dürfen, um endliche Abhilfe der seelengestörten Zustände erhoffen zu können."

Neben den Gehörs- und Gefühlstäuschungen tritt hier deutlich die peinvolle Unfreiheit des Kranken hervor, die bis zur Umkehr der Willensantriebe geht, ferner das Gefühl der Krankhaftigkeit und Hilfsbedürftigkeit, jedoch ohne klares Verständnis für das wirkliche Wesen des Leidens.

In nahezu der Hälfte der Fälle bestehen auch Größenideen, bald von Anfang an, bald erst im späteren Verlaufe hinzutretend. Die Kranken sind nicht das Kind ihrer Eltern, adlig, verwandt mit dem Kaiser, Sohn von Kaiser Nikolaus, Tochter der Großherzogin, des Schwabenkönigs, „vom Großherzog auf Befehl des Kaisers in die Welt gesetzt", haben Anrecht auf den bayrischen Thron; ein Kranker behauptete, er sei 135 Jahre alt, in Rußland Einjährig-Freiwilliger mit roter Uniform gewesen. Weibliche Kranke sind gewesene Königin, Gräfin Salm, Baronesse von Lichtenstein. Der Kaiser Friedrich hat sie besucht, ihren Sohn zum Minister gemacht; der Herzog von Koburg hat ihnen Lose geschenkt; sie gehen zum Großherzog und zum Kaiser nach Berlin, erwarten den Wagen, der sie abholen soll. Andere Kranke haben eine Erbschaft bekommen aus Amerika; Millionen, mehrere Billionen sind für sie niedergelegt; sie werden von reichen Leuten erhalten, brauchen nichts mehr zu arbeiten; eine Kranke meinte, ihr Mann habe auf 7 Millionen verzichtet, um sie heiraten zu können. Noch andere haben große Erfindungen gemacht, den lenkbaren Luftballon gebaut, besitzen Ströme, mit denen sie andere beeinflussen, können in die Sonne sehen, wissen, was am nächsten Tage passieren wird, sind „Dr. der Industrie", sündenfrei. Ein Kranker

führte eine Reichstagsauflösung auf einen von ihm an den Kaiser geschriebenen Brief zurück, meinte in den Worten der Bibel: „Die Stadt liegt viereckig" eine Anspielung auf seinen Wohnort Mannheim zu finden; eine Kranke behauptete, operiert worden zu sein und einen Mastdarm „aus Silberschaum" erhalten zu haben. Sehr häufig sind geheimnisvolle Beziehungen zu Personen des anderen Geschlechtes. Der Kranke wird nachts mit hohen Personen „zusammengeschleudert", hört die Stimme der Braut, die ihn zum Geschlechtsverkehr auffordert; die Kaiserin wird ihm „mit reizenden Reden" vorgeführt. Weibliche Kranke erkennen in irgendeinem Manne ihren verkleideten Bräutigam, dem sie sich ohne weiteres hingeben, und den sie „von ganzem Herzen" lieben; es ist der Freiherr „Josa von Bolza". Sie sind schon vor langen Jahren mit dem Prinzen Wilhelm getraut; der Prinzregent wird sie auf den Thron holen; der Arzt ist ihr Prinzgemahl.

Das Bewußtsein der Kranken erscheint während des ganzen Leidens ungetrübt. Sie sind, soweit nicht Wahnvorstellungen in Betracht kommen, über ihren Aufenthaltsort, die Zeitrechnung, die Personen ihrer Umgebung und ihre allgemeine Lage dauernd im klaren. Ihre Stimmung ist sehr verschiedenartig gefärbt. In der ersten Zeit sind sie meist gedrückt, mißtrauisch, reizbar, streitsüchtig, zeitweise sehr erregt, zu maßlosen Schimpfausbrüchen und selbst Gewalttätigkeiten geneigt; einzelne Kranke machen triebartige Selbstmordversuche, stürzen sich ins Wasser oder aus dem Fenster. Späterhin werden die Kranken in der Regel stumpfer und gleichgültiger, wenn sie auch gelegentlich noch sehr heftig werden können. Manche Kranke zeigen eine heitere, selbstbewußte Stimmung, machen allerlei Witze, lachen und grinsen. Onanie ist nicht selten.

Das Handeln der Kranken wird zum Teil durch ihre Wahnvorstellungen beeinflußt. Sie beschweren sich bei der Polizei über die Verfolgungen, reichen Klage ein bei Gericht, schreiben zahllose Briefe an die Behörden, verfassen umfangreiche Schriftstücke, verlangen Leumundszeugnisse, Gesundheitsbescheinigungen; eine Frau ging vor Gericht, um ihrem vermeintlich dort sich abspielenden Scheidungsprozesse beizuwohnen. Andere Kranke durchsuchen das Haus nach Verfolgern, verstopfen die Schlüssellöcher, verlassen plötzlich das Haus, um planlos herumzuirren, hören auf zu arbeiten.

Ein Kranker forderte den vermeintlichen Vater seines Kindes auf, ihm Kostgeld zu zahlen, sperrte seine Frau aus dem Hause aus. Eine Frau wollte Mann und Kinder umbringen; ein Mann schlug seine Frau mit dem Zuckerhammer auf den Kopf. Vor den Stimmen suchen sich die Kranken durch Verstopfen der Ohren zu schützen; ein Kranker ließ sich den in Figur 181 wiedergegebenen Nasenverschluß mit feinen Atmungslöchern machen, um dadurch das Einspritzen von Speichel und das Herausziehen von Blut zu verhüten.

Die feindlichen Giftpfeile und Lichtblitze suchen die Kranken durch große Schirme und Masken von sich abzuhalten; ein Kranker umzog sein ganzes Bett mit Drähten, an denen er in großer Zahl phallusartige Amulette aufgehängt hatte. Merklin hat einen Kranken beschrieben, der zu seinem Schutze eine aus altem Blechgeschirr gefertigte Rüstung im Gewichte von 12 Kilogramm trug; ein anderer hatte sich die Bewegung der Arme selbst durch einen Ledergürtel mit Schlingen beschränkt, um dem von seinen Feinden erzeugten Antriebe zum Zerkratzen des Gesichts widerstehen zu können. Manche Kranke suchen sich durch eigentümliche Gebärden, Abwehrbewegungen, bestimmte, oft sehr verzwickte Stellungen, die leise, unablässige Wiederholung gewisser Worte vor den Beeinflussungen zu schützen. Andere wenden sich an die Öffentlichkeit, machen ihrer Erbitterung durch Zeitungsanzeigen, Maueranschläge, offene Briefe, Flugschriften[1]) Luft, oder sie unternehmen irgendeinen sehr auffallenden Schritt, um die allgemeine Aufmerksamkeit auf ihre Lage zu lenken. Vielfach hoffen die Kranken, sich den Verfolgungen durch häufigen Wechsel der Stellungen und Wohnungen entziehen zu können. Ein Kranker überschritt die französische Grenze, um zu sehen, ob ihn die Ströme auch dort erreichen könnten; als er sich davon überzeugt hatte, wünschte er nur noch, über See zu gehen, obgleich er wegen der Kabel wenig Hoffnung



Fig. 181. Nasenverschluß eines paranoiden Kranken.

---

[1]) Wollny, Über Telepathie. 1888; Sammlung von Aktenstücken. 1888; Teffer, Über die Tatsache des psycho-sexualen Kontaktes oder die actio in Distans. 1891; Schreber, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. 1903.

auf Entrinnen auf diesem Wege hegte; sollte auch dieses Mittel versagen, so war er entschlossen, sich umzubringen.

Die allgemeine Lebensführung der Kranken wird durch ihr Leiden regelmäßig erheblich beeinflußt. Viele werden in die Bahn des Verbrechens (Diebstähle, Sittlichkeitsvergehen) oder der Landstreicherei getrieben; sie wandern unstet herum, sind zu keiner geregelten Arbeit fähig, vernachlässigen sich und verkommen. Andere, die in geschützteren Verhältnissen leben, können sich zwar noch längere Zeit ohne größere Unzuträglichkeiten in der Freiheit halten, zeigen aber doch diese oder jene Eigentümlichkeiten, die uns als Begleiterscheinungen der Dementia praecox bekannt sind, Katalepsie, Echolalie, Echopraxie, häufiger Negativismus, vor allem aber Manieriertheit und Triebhandlungen.

Die Kranken sind vielfach unzugänglich, ablehnend, stumm, weisen die Besuche ihrer nächsten Angehörigen zurück; „das hat keinen Zweck". Sie antworten auf Fragen mit Gegenfragen, mit der Bemerkung, man wisse ja schon alles selbst, stellen alle Krankheitserscheinungen kurzweg in Abrede, gehen auf kein Gespräch ein, treten mit niemandem in Verkehr, verkriechen sich unter die Decke, weisen die Nahrung oder doch bestimmte Speisen zurück, geben nicht die Hand; „das hat keinen Wert". Andere Kranke zeigen ein absonderliches, geziertes Benehmen, knien die Nacht hindurch, lachen ohne Anlaß, spucken um sich, haben eine abweichende Zeitrechnung, fasten Sonntags, weil Freitag sei, schneiden sich plötzlich die Haare ab, zerschlagen Scheiben, werfen das Eßgeschirr ins Zimmer. Manche Kranke sind nachts unruhig, führen laute Selbstgespräche, schimpfen heftig gegen die Verfolgungen, singen Lieder, weil es ihnen so einfällt.

Sehr gewöhnlich tragen die Reden der Kranken ein absonderliches Gepräge. Die Sprechweise ist häufig geziert, gesucht hochdeutsch, mit Fremdworten, auffallenden Wendungen, verschrobenen Ausdrücken durchsetzt; manche Kranke sind sehr redselig und fördern bei längerer Unterhaltung einen wahren Schwall von unverständlichen und zusammenhangslosen Äußerungen zutage, obgleich sie auf bestimmte Fragen ganz klare und geordnete Auskunft zu geben vermögen. Eine große Rolle spielen Wortneubildungen, namentlich bei der Schilderung der mannigfachen Verfolgungen. Die Kranken werden „ilisiert", „tupiert", „desanimiert", „anstimu-

liert“, verschläft, abgeschwächt, gerächt, gestichelt; es wird „Impuls auf den Trieb gesetzt“; alles ist voll „Isi“ gelegt, mit „Turmelin“ bepulvert, das Haus „verdreieidigt“. Man quält sie durch „Hineinzähmen“, „Befeinigen“, durch „Stigmatisie und Hypnotisie“, durch „Introchieen“, „Veneriepocken“; sie befinden sich in einem „epilistischen bengalischen Zuchthause“. Ein Kranker sprach von „Stahlsplitterstiftwürsten“ und nannte seine Verfolger „elektrische Meuchelmördertotschlägerströmkommissionsgeschäftstinkböck“.

Schriftprobe 32. Schrift eines paranoiden Kranken.

Auch die bisweilen sehr zahlreichen und einförmigen Schriftstücke zeigen in ihren absonderlichen, verschnörkelten Zügen und ihrer öfters kaum verständlichen Rechtschreibung die merkwürdigsten Entgleisungen der Ausdrucksbewegungen. Ich füge hier zwei, nur 7 Monate auseinanderliegende Schriftproben eines Schuhmachers ein, der aus der Zeitung alle möglichen fremdsprachigen Ausdrücke heraussuchte, um sie mit selbsterfundener Bedeutung in seine Erlasse als „himmlischer Arzt, Astronom und Präsident Lichtenstern“ einzuflechten. In der zweiten finden sich die Worte „Fidelis Syphīlis“, die er erläuterte: „Also soll es geschehen.“ Die Wandlung in den Schriftzügen von anspruchsvollem Selbstgefühl zu steifer Verschrobenheit ist sehr kennzeichnend.

Schriftprobe 33. Schrift desselben Kranken, 7 Monate später.

Im weiteren Verlaufe des Leidens treten die besonders auffallenden Störungen ganz allmählich wieder etwas zurück. Die Kranken werden zugänglicher, ruhiger, klagen weniger über die Verfolgungen,

beginnen auch wohl, sich zu beschäftigen, wenn sie auch vielleicht geregelte Arbeit ablehnen, weil sie nicht entlohnt würden oder dazu nicht verpflichtet seien. Einzelne Kranke werden ganz brauchbare und eifrige Arbeiter. Daneben bestehen aber die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen fort, ohne irgendwie berichtigt zu werden; sie verlieren nur mehr und mehr ihre Gewalt über das Handeln der Kranken. Wir können also die hier sich herausbildenden Endzustände als halluzinatorischen oder paranoiden Schwachsinn den bisher gekennzeichneten Formen geistigen Siechtums gegenüberstellen. Die Sinnestäuschungen dauern an, aber der Kranke „achtet nicht mehr so darauf", spricht von ihnen nur, wenn man ihn ausdrücklich danach fragt, oder meint auch dann, er habe schon seit einiger Zeit nichts mehr gehört, zuletzt „vor einigen Tagen". Er gibt auch wohl zu, daß er krank gewesen sei, daß es sich um Blutwallungen, um Nervosität gehandelt habe, gewinnt aber doch kaum jemals ein klares Verständnis für das Wesen der Krankheitserscheinungen. Indessen lernt er, sich mit ihnen abzufinden, läßt sich nicht mehr durch sie beeinflussen. Ein Kranker, der noch beschimpfende Stimmen hörte, während er als Maler draußen arbeitete, fragte zwar gelegentlich einen Begegnenden: „Was haben Sie gesagt?", beruhigte sich aber sofort, wenn er eine ablehnende Antwort erhielt und nun wußte, daß es sich wieder um „Stimmen" gehandelt hatte. Öfters treten die Stimmen zeitweise stärker hervor und beherrschen den Kranken dann noch vorübergehend, bis wieder Ruhe eingetreten ist. Derartige Kranke schimpfen gelegentlich heftig, sind aber kurz nachher völlig zugänglich und bis zu einem gewissen Grade einsichtig. Namentlich nachts kommen solche Anfälle vor, so daß die Kranken für ihre Umgebung dann sehr störend werden, während sie am Tage kaum Abweichungen erkennen lassen.

In etwa 20—25% der Fälle bilden zeitweise oder dauernd fortbestehende Sinnestäuschungen ohne weitere Verarbeitung das einzige auffallende Überbleibsel der überstandenen Krankheit. In den übrigen Fällen dagegen erhalten sich auch noch mehr oder weniger ausgedehnte Reste von Wahnbildungen, deren Bedeutung für das Seelenleben der Kranken jedoch allmählich mehr und mehr zurücktritt. Sie sprechen aus eigenem Antriebe nicht viel davon oder bringen sie ohne Nachdruck vor wie andere gleichgültige Dinge, regen sich nicht mehr darüber auf. Manche Kranke überreichen

von Zeit zu Zeit noch Schriftstücke mit einförmiger Wiederholung ihrer früheren Klagen und Ansprüche, geraten wohl auch noch in Erregung, wenn man auf ihren Wahn eingeht, gewöhnen sich aber an irgendeine regelmäßige Beschäftigung. Während sich in ihrem eigentümlichen Aufputz, wie bei dem in Figur 182 wiedergegebenen Kranken, noch der Ausdruck ihrer Größenideen erkennen läßt, fügen sie sich doch im übrigen widerstandslos in den Tageslauf des Anstaltslebens ein. Der „rex totius mundi“ beschäftigt sich mit Gartenarbeit, der „Herrgott“ mit Holztragen, die „Braut Christi“ mit Nähen und Flicken. Natürlich geht diese Wandlung immer auch mit einer gemütlichen Abstumpfung einher. Die Kranken sind gleichgültiger geworden; der Kreis ihrer Interessen, Wünsche, Hoffnungen hat sich erheblich eingeengt; ihre geistige Regsamkeit und ihr Streben ist erloschen. Daneben können sich noch allerlei Reste der früheren Willensstörungen erhalten, Absonderlichkeiten im Benehmen und namentlich in der Sprache.



Fig. 182.
Aufgeputzter paranoider Kranker.

Die hier geschilderte Form scheint ungefähr ebenso häufig zu sein wie die vorige. Zeitweiliges Zurücktreten aller Krankheitszeichen dürfte nur ganz ausnahmsweise einmal vorkommen; Anfälle wurden in 5% der Fälle beobachtet. Auch hier ist demnach das Gesamtbild der Krankheit ein ungünstiges, der Verlauf ein schleichender. Dem männlichen Geschlechte gehörten 53% meiner Kranken an, ein Verhalten, das wohl dadurch mit erklärt wird, daß in Heidelberg zahlreiche Landstreicher und Gefangene aus den nahegelegenen Strafanstalten aufgenommen wurden, die besonders häufig in der hier angedeuteten Weise erkranken. Über die Ursache dieser merkwürdigen Erfahrung lassen sich nur Vermutungen äußern. Es könnte sein, daß wir es hier mit einer Form zu tun haben, die sich besonders langsam entwickelt und schon lange Jahre

vor dem Einsetzen der auffälligeren Krankheitserscheinungen Veränderungen im Seelenleben herbeiführt, wie sie auf die Bahn des Landstreichers und Verbrechers leiten müssen. Für diese Auffassung würde auch die Tatsache sprechen, daß anscheinend nur 12% unserer Kranken bei Beginn des Leidens das 25. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten; wir würden eben vielleicht den Beginn der krankhaften Umwandlung häufig weit früher anzusetzen haben, als es nach der landläufigen Betrachtungsweise zu geschehen pflegt. Auf der anderen Seite läßt sich nicht verkennen, daß gerade die Einflüsse der Gefangenschaft und des Arbeitshauses besonders geeignet sind, paranoide Zustandsbilder zu erzeugen. Wir dürfen uns somit etwa vorstellen, daß wir es hier mit einer ungewöhnlich langsamen Entwicklung des Krankheitsvorganges zu tun haben, die es dem Kranken ermöglicht, noch lange Zeit als anscheinend Gesunder fortzuleben, während doch gleichzeitig die aus der Störung sich ergebenden Erschwerungen des Daseinskampfes und ungünstigen Lebenseinflüsse die Ausbildung paranoider Gedankengänge begünstigen.

Eine letzte, ganz eigenartige Gruppe von Fällen, deren Besprechung hier eingeschoben werden soll, bilden die Kranken mit Sprachverwirrtheit. Es handelt sich um Erkrankungen, deren Entwicklung und Verlauf im allgemeinen demjenigen der Dementia praecox entspricht. Abweichend ist dagegen der Ausgang in einen Endzustand, der wesentlich durch eine ungemein auffallende Störung des sprachlichen Ausdruckes bei verhältnismäßig geringer Beeinträchtigung der übrigen seelischen Leistungen gekennzeichnet wird. Wenn man will, kann man daher, in Anlehnung an Bleulers Benennung, von einer „Schizophasie“ sprechen.

Den Beginn bildet bald ein allmähliches Versagen mit Unstetigkeit und läppischen Handlungen, bald ein Verstimmungszustand mit aufreizenden Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen und ernsthaften Selbstmordversuchen. Öfters entwickelt sich das Leiden in Schüben, zwischen denen jahrelange, weitgehende Besserungen des Zustandes liegen. Einzelne Kranke sinken zu Landstreichern herab; einer wurde Ausrufer in Marktbuden. Nach und nach aber, mitunter anscheinend binnen ziemlich kurzer Zeit, bildet sich das höchst merkwürdige Krankheitszeichen heraus, das diese Kranken vor allem kennzeichnet, die Sprachverwirrtheit.

Auffassung und Gedächtnis pflegen, soweit sich das nach den

Äußerungen der Kranken beurteilen läßt, keine erhebliche Störung zu zeigen; jedenfalls sind sie klar über ihren Aufenthaltsort, auch über die Zeitverhältnisse, erkennen die Personen ihrer Umgebung ganz genau, wenn sie ihnen auch öfters abenteuerliche, meist dauernd festgehaltene Bezeichnungen geben. Gehörstäuschungen scheinen noch fortzubestehen, spielen aber für das Seelenleben der Kranken keine erkennbare Rolle und werden nicht weiter verarbeitet. Auch Andeutungen von Wahnvorstellungen treten hervor, Verfolgungsideen, Klagen über nächtliche Beeinflussungen, „Einschaltungen", daneben Größenideen. Alle diese Wahnbildungen sind jedoch ungemein verschwommen, werden nur gelegentlich, in vielfach wechselnder, oft halb scherzhafter Form vorgebracht, gewinnen keinen Einfluß auf das sonstige Denken und Handeln. Die Kranken sind geistig regsam, zugänglich, zeigen Interesse für ihre Umgebung, verfolgen oft auch die Tagesereignisse ganz gut. Ihre Stimmung ist regelmäßig gehoben, selbstbewußt, zeitweise gereizt, meist freundlich; sie sind lebhaft, zu Scherzen und kleinen, harmlosen Bosheiten geneigt. Benehmen und äußere Haltung sind geordnet, bisweilen etwas geziert, unterwürfig oder schrullig; die Kranken haben die Neigung, allerlei kleine Eigenheiten anzunehmen, von denen sie sich schwer abbringen lassen. Dabei sind sie in der Regel sehr brauchbare, fleißige und geschickte Arbeiter, die sich selbständig betätigen, aber ihre eigenen Wege zu gehen lieben, jeden Eingriff in ihr Tun, jedes Zusammenarbeiten mit anderen abwehren, meist ihre Obliegenheiten mit großer Sorgfalt erledigen, dazwischen aber wohl auch einmal einen ganz unsinnigen Streich liefern. So pflegen sie sich ohne Schwierigkeit in das Anstaltsleben einzufügen und sich dort einen bescheidenen Wirkungskreis zu schaffen, ohne weitergehende Wünsche zu äußern.

Alle Kranken zeigen einen gewissen Rededrang, der sich allerdings nur in der Unterhaltung, hier und da wohl auch in Selbstgesprächen äußert. Sobald man das Wort an sie richtet, antworten sie vielfach mit großer Lebhaftigkeit, indem sie sofort die Haltung eines Vortragenden annehmen. Auf einfache, mit Nachdruck gestellte Fragen erhält man gewöhnlich eine kurze, sinngemäße Antwort. Oder aber es beginnt sofort, längstens jedoch nach den ersten, noch halbwegs verständlichen Sätzen, jener früher geschilderte, in fließender Rede vorgebrachte und mit einer gewissen Genugtuung

von dem Kranken vorgebrachte Schwall beziehungsloser, meist gänzlich unverständlicher, mit sprachlichen Entgleisungen und Wortneubildungen reichlich durchsetzter Äußerungen, dessen Strömen oft erst durch Eingreifen des Fragenden zum Stillstande gebracht und durch neues Fragen sogleich wieder angeregt werden kann. Bisweilen vermag man aus dem Verhalten des Kranken und einzelnen, weniger unsinnigen Bestandteilen der Rede wenigstens ganz ungefähr zu erraten, welche Gedanken er etwa ausdrücken will, Erzählungen aus der Vergangenheit, Klagen, Prahlereien, Sticheleien, aber alles versteckt in den verblüffendsten und dazu unvermittelt auf die entlegensten Vorstellungsgebiete abschweifenden Wendungen.

Ein Beispiel derartiger Äußerungen gibt der nachfolgende Brief:

„Der sentimentale Beruf der Welschneureuther Bürger erheischt nach dem erhabenen Geburtstagsfest Sr. Majestät des erlauchten Königs Wilhelm Karl vor allem seine gesamten geistigen Kräfte zu sammeln, um ihrer seelsorglichen Fürbitte in dem Herrn gerecht zu werden. So haben es sich 40 angesehene Sturmpatrioten in Anbetracht der Aufhebung der Statuten der Universität Erlangen zum heutigen angelegen sein lassen, als erste rückwirkende Negative in analogisch-patriotischem Sinne zu bekräftigen. Die Art. 1 der Welschneureuther Verfassung, bestehend in brennbar verfügbarem Kriegsmaterial Sr. Majestät zur allergnädigsten Disposition zu stellen, ferner die ruchbarsten Handlungen wie Umgang mit Vieh, Schafen und welschen Hahnen gehorsamst einzustellen. Damit nun die erlauchte Königsgesellschaft bei transportabler aller zur Nachsicht empfehlenden Gemüter keiner Konkurrenz von seiten der nachbarlichen Staaten unterworfen werden kann, so schwören wir bei Genießung von Steig Waren nur Jedem allein zu dienen, eine Folgerung der periodisch mechanisch zu ziehenden Bilanz des 19. Jahrhunderts nur dann abzubrechen, wenn wir in unseren Meinungen unserem erhabenen Herrscher gegenüber erwartungsvoll getäuscht und als nützliche Ratgeber eines gesunden Altertumsmuseums betrachtet werden können usw."

Im ganzen ist hier das Satzgefüge noch einigermaßen gewahrt, so daß dieses Gefasel bei unaufmerksamem Lesen oder unvollkommenem Sprachverständnisse allenfalls den Eindruck eines innerlichen Zusammenhanges machen könnte. Bei genauerem Zusehen ist davon freilich keine Rede mehr.

Es könnte vermutet werden, daß es sich bei der in kurzen Zügen geschilderten Krankheitsform nur um eine besonders hochgradige faselige Verblödung handele; auch dort werden zerfahrene, verworrene Reden mit Wortneubildungen und unsinnigen Wendungen vorgebracht. Was aber unsere Kranken hier auszeichnet, das ist die

Vernünftigkeit und Ordnung in ihrem Benehmen und Handeln, die uns zu der Annahme zwingt, daß es sich hier nicht sowohl um eine schwere Denkstörung, als vielmehr um eine Unterbrechung der Beziehungen zwischen Gedankengang und sprachlichem Ausdrucke handelt. Jedenfalls haben wir es mit einer ungewöhnlichen Beschränkung der Willensstörung auf ein eng umgrenztes Gebiet der Willenshandlungen, dasjenige der sprachlichen Ausdrucksbewegungen, zu tun, auf dem sie zugleich eine ganz absonderliche Ausdehnung erreicht. Vielleicht ist diese, allerdings nicht ganz strenge Umgrenzung der Erscheinungen durch einen besonderen Sitz des Krankheitsvorganges bedingt, ähnlich, wie wir es bei den atypischen Paralysen gesehen haben, doch darf wohl auch die Möglichkeit nicht außer acht gelassen werden, daß wir hier eine eigenartige, der Dementia praecox zwar verwandte, aber ihr doch nicht wesensgleiche Krankheitsform vor uns haben.

Die Stärke, mit der die Erscheinung der Sprachverwirrtheit hervortritt, ist vielfachen Schwankungen unterworfen. Manche Kranke vermögen sich für gewöhnlich zunächst ganz verständlich zu äußern, geraten aber in ihre unsinnigen Reden hinein, sobald man länger mit ihnen spricht, oder wenn sie erregt werden. Ferner beobachtet man häufig annähernd periodisch wiederkehrende Zeiten, in denen die Kranken verstimmter oder erregter sind und dann weit leichter sprachverwirrt werden; gerade diese Eigentümlichkeit entspricht ganz den Beobachtungen bei anderen Endzuständen der Dementia praecox. Endlich aber kann sich eine Sprachverwirrtheit selbst nach langjährigem Bestehen bis auf geringe, nur in der Erregung bemerkbare Reste wieder zurückbilden. Das war z. B. bei dem Kranken der Fall, von dem der oben mitgeteilte Brief stammt; er bewarb sich später in völlig geordneter Weise um eine Anstellung. Von einer wirklichen Genesung ist dabei freilich nicht die Rede. Mangel an Krankheitseinsicht und an Urteil, Unstetigkeit und Planlosigkeit des Handelns, Neigung zu tönenden Redensarten, Oberflächlichkeit der gemütlichen Regungen bleiben auch im günstigsten Falle zurück. —

Der allgemeine Verlauf der Dementia praecox ist ein sehr verschiedenartiger. Einerseits gibt es Fälle, die ganz langsam und schleichend eine äußerlich nicht besonders auffallende, aber dennoch recht tiefgreifende Umwandlung der Persönlichkeit herbeiführen.

Andererseits kann das Leiden fast ohne bemerkbare Vorboten plötzlich hereinbrechen und schon binnen wenigen Wochen oder Monaten ein schweres und unheilbares psychisches Siechtum erzeugen. In der Mehrzahl der Fälle mit deutlicher abgrenzbarem Beginne pflegt spätestens etwa im Laufe von 2—3 Jahren ein gewisser Endzustand mit den unverkennbaren Zeichen des Schwachsinns erreicht zu werden. Auf akute Nachschübe der Krankheit mit folgender dauernder Verschlimmerung des Gesamtzustandes muß man immer gefaßt sein. Nicht ganz selten wird die wahre Bedeutung einer jahrzehntelang bestehenden Veränderung der Persönlichkeit erst durch das unvermutete Auftreten stürmischerer Krankheitserscheinungen im Sinne der Dementia praecox aufgeklärt.

Von größter Bedeutung ist die Tatsache, daß der Verlauf der Krankheit, wie wir gesehen haben, vielfach durch mehr oder weniger weitgehende Nachlässe der Krankheitserscheinungen unterbrochen wird, deren Dauer wenige Tage oder Wochen, aber auch Jahre und selbst Jahrzehnte betragen kann, um dann doch noch einer neuerlichen Verschlimmerung mit endgültiger Verblödung Platz zu machen. Evensen sah einen Kranken nach 33 Jahren rückfällig werden. Pfersdorff[1]) stellte unter 150 Fällen 23 mal, in 15%, Besserungen in der Dauer von 2—10 Jahren fest; ich selbst fand wesentliche Besserungen, wenn auch diejenigen von der Dauer einiger Monate mit berücksichtigt wurden, in 26% meiner Beobachtungen. Daß solche Besserungen am häufigsten bei den mit Erregungszuständen beginnenden Formen zu erwarten sind und bei den paranoiden Erkrankungen wie bei der einfachen läppischen Verblödung fast gänzlich fehlen, wurde bereits erwähnt; man wird hier an ähnliche Erfahrungen bei der Paralyse erinnert, bei der ja auch die expansiven Formen häufige und ausgiebige Besserungen aufweisen, während sie bei der dementen Paralyse selten und wenig ausgeprägt sind. Bei den Frauen scheinen die Besserungen ein wenig häufiger zu sein, als bei den Männern.

Der Eintritt der Besserungen vollzieht sich in der Regel ganz allmählich. Die erregten Kranken beruhigen sich; die stuporösen werden zugänglicher, freier; Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen treten zurück; das Bedürfnis nach Beschäftigung und nach Wiederanknüpfung der früheren Lebensbeziehungen regt sich.

[1]) Pfersdorff, Zeitschr. f. klinische Medizin LV, 1904.

Zugleich pflegen sich Schlaf, Eßlust und Körpergewicht erheblich zu bessern. Überraschende Besserungen können sich aber auch ganz plötzlich einstellen; sie sind dann freilich meist nicht von Bestand. Wir treffen den Kranken, der bis dahin in seinem ziellosen Treiben oder seiner Versunkenheit ganz verwirrt zu sein schien, mit einem Male ruhig und vollständig geordnet an. Er kennt Zeit und Ort, die Personen seiner Umgebung, erinnert sich an alle Ereignisse, auch an seine eigenen unsinnigen Handlungen, gibt zu, daß er krank ist, schreibt einen zusammenhängenden, vernünftigen Brief an seine Angehörigen. Freilich wird man bei genauer Prüfung niemals eine gewisse Gebundenheit des Wesens, eigentümlich gehobene oder verlegene Stimmung wie den Mangel eines wirklich klaren Verständnisses für die gesamten Krankheitserscheinungen an ihm vermissen.

Der Grad der erreichten Besserung ist in den einzelnen Fällen ein ganz verschiedener. Unter den von mir hier bearbeiteten, schließlich verblödeten Kranken fanden sich 127, bei denen so weitgehende Besserungen vorkamen, daß eine Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse möglich war; in weiteren 8 Fällen, die einen periodischen Verlauf zeigten, traten solche Besserungen sogar sehr häufig auf. Bei diesen letzteren bestand jedoch in den Zwischenzeiten eine deutliche, sich allmählich verstärkende psychische Schwäche, die meist das Gepräge einfacher gemütlicher Stumpfheit und großer Gedankenarmut trug, gelegentlich aber mit leichter heiterer Erregung, auch wohl mit einzelnen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen einherging. Jedenfalls konnte von einem Zustande auch nur annähernder Gesundheit in den Zwischenzeiten nicht die Rede sein.

Lassen wir diese eigenartigen Fälle weiterhin außer Betracht, so gruppieren sich die Besserungen bei den übrigen Fällen nach ihrer Dauer in folgender Weise, wenn wir bei den wenigen Kranken mit mehrmaliger Besserung immer nur die längste berücksichtigen:

1 J.	2 J.	3 J.	4 J.	5 J.	6 J.	7 J.	8 J.	9 J.
21	28	20	14	14	4	6	3	2

10 J.	12 J.	13 J.	14 J.	15 J.	16 J.	29 J.
5	3	1	2	2	1	1

Die überwiegende Mehrzahl von Besserungen dauert somit nicht länger als 3 Jahre. Unter den hier verzeichneten Fällen wurde

16 mal vorbehaltlos angegeben, daß die Kranken völlig gesund gewesen seien; die Dauer betrug 3 mal bis zu einem, 2 mal bis zu 2, 4 mal bis zu 3, je 2 mal bis zu 5 und 6 Jahren, und je einmal bis zu 4, 7 und 29 Jahren. In weiteren 7 Fällen wurden die Kranken als „ruhig", „ordentlich", „unauffällig" bezeichnet und waren jedenfalls imstande, sich ihren Lebensunterhalt wieder ohne Schwierigkeit zu verdienen; es handelte sich um Besserungen von 2—3 jähriger, einmal von 4- und einmal von 12 jähriger Dauer. Dazu kamen 2 Fälle, in denen die Kranken als gesund, aber „redselig", „reizbar" geschildert wurden; in einem dieser Fälle, in dem schon zwei mehrjährige Besserungen voraufgegangen waren, trat der zu endgültiger Verblödung führende Rückfall erst nach weiteren 15 Jahren ein. In 30 Fällen nahmen die Kranken ihre Arbeit wieder auf wie früher, erschienen aber still und gedrückt oder scheu und ängstlich, wohl auch zeitweise erregt. Einer dieser Kranken bestand in der nahezu 3 Jahre andauernden Zwischenzeit gut eine Prüfung. Die Dauer der Besserung schwankte meist zwischen 1—10 Jahren, betrug in etwa der Hälfte der Fälle über 2 Jahre, darunter je einmal 7, 8, 9, 10, 13 und 16 Jahre.

In weiteren 26 Fällen war einfach eine wesentliche Besserung des Zustandes zu verzeichnen, ohne daß ein vollständiges Schwinden der Krankheitserscheinungen eingetreten wäre; meist handelte es sich dabei um kürzere Zwischenzeiten, die in der Hälfte der Fälle weniger als 2 Jahre betrugen. Hieran schließen sich 10 Beobachtungen, in denen nach Schwinden der auffallenderen Krankheitszeichen ein deutlicher Grad psychischer Schwäche zurückgeblieben war, namentlich gemütliche Stumpfheit und Urteilslosigkeit; 7 mal ging dabei die Besserung nicht über 3 Jahre hinaus. In einer Gruppe von 13 Fällen blieb ausgeprägte Unruhe und Reizbarkeit mit Neigung zu vorübergehenden Erregungen zurück; die Dauer dieses Zustandes bis zur Neuerkrankung betrug 9 mal mehr als 3 Jahre, 5 mal 10 Jahre und darüber. Hier anzuschließen wären vielleicht 5 Fälle, in denen die Kranken während der Besserung ein unstetes Leben führten und zu Landstreichern wurden; die Wiedererkrankung erfolgte nur einmal nach weniger als 3 Jahren.

In den noch übrigen Fällen, von denen 10 abgehen, über die keine genügenden Nachrichten vorlagen, waren die Krankheitserscheinungen auch in den Zwischenzeiten noch schwerere. Einige dieser Kran-

ken waren zwar ruhig, aber gänzlich untätig, lagen viel zu Bett; andere äußerten noch Wahnvorstellungen oder litten an Sinnestäuschungen; strenggenommen sollten sie gar nicht zu den wesentlichen Besserungen gerechnet werden. Läßt man sie beiseite, so kommen wir zu dem Schlusse, daß 12,6% der Besserungen das Gepräge einer vollkommenen Wiederherstellung trugen, die allerdings nur selten länger als 3—6 Jahre andauerte. Unter sämtlichen, endgültig verblödenden Fällen würde das Verhältnis dieser, einer Genesung gleichenden Besserungen nur etwa 2,6% oder bei etwas weiterer Fassung bis zu 4,1% betragen. Rechnen wir alle diejenigen Fälle zusammen, die imstande waren, ohne Schwierigkeit in der Freiheit zu leben und sich ihren Unterhalt zu erwerben, so würde sich das Verhältnis der Besserungen auf 13,3% erhöhen, und es würde auf etwa 17% ansteigen, wenn noch diejenigen Kranken hinzugezählt werden, die zwar eine deutliche Veränderung ihrer Persönlichkeit erfahren haben, aber doch noch einigermaßen das Leben in der Freiheit zu führen imstande sind. Den Rest bilden, abgesehen von den nicht genügend aufgeklärten Fällen, diejenigen Kranken, die zwar nicht mehr notwendig der Anstaltsfürsorge bedurften, aber wegen der zurückgebliebenen Störungen doch außerstande waren, ohne besondere Fürsorge durchzukommen.

Die Wiedererkrankung erfolgt häufig in derselben Form wie das erstemal, nimmt aber bisweilen auch irgendeines der anderen oben beschriebenen Zustandsbilder an. Ja, dieser gelegentlich beobachtete Wechsel der klinischen Formen — Depressionen, Erregungen, Stupor, paranoide Zustände — ist, wie beim manisch-depressiven Irresein, ein wichtiger Beweis für deren innere Zusammengehörigkeit. Je nach der Art des Rückfalls können die Störungen langsam, akut oder subakut wieder hervortreten. Gar nicht selten sieht man, wie bei der ersten Erkrankung, nach der anfänglichen Besserung sich ganz schleichend eine allmähliche Verschlechterung des psychischen Zustandes herausbilden, bis sich dann nach Jahren schwerere Krankheitserscheinungen einstellen.

Die Betrachtung der Besserungen ist für die Frage nach der allgemeinen Prognose[1]) der Dementia praecox von größter Wich-

[1]) Meyer, Münchener medizin. Wochenschr. 1903, 1369; Räcke, Archiv f. Psychiatrie XLVII, 1; Mattauschek, Jahrb. f. Psychiatrie, XXX, 69; Schmid, Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie VI, 2, 125.

tigkeit. Nach der früher von mir durchgeführten Gruppierung in hebephrenische, katatonische und paranoide Formen war ich zu dem Schlusse gekommen, daß in ungefähr 8% der ersteren und in etwa 13% der zweiten Gruppe Heilungen einzutreten scheinen, während paranoide Erkrankungen wohl niemals in völlige Genesung ausgehen. Diese Aufstellungen sind vielfach angefochten worden. Allerdings beziehen sich die Meinungsverschiedenheiten mehr auf die Umgrenzung dessen, was als Genesung anzusehen ist. Meyer sah 20—25% seiner Kranken „mit katatonischen Erscheinungen" bei einer Verfolgung ihrer Schicksale nach wenigen Jahren soweit wiederhergestellt, daß sie ihrer Berufstätigkeit wieder nachgehen konnten und der Umgebung gesund erschienen. Räcke, der nach 3—7 Jahren Katamnesen erhob, fand, daß von 171 „Katatonikern" 15,8% als „praktisch gesund" anzusehen seien, eine Zahl, die von meiner Angabe schon nicht mehr erheblich abweicht. Kahlbaum fand in $^1/_3$ der Fälle von Katatonie Genesung. Auf der anderen Seite berichtet Albrecht, daß unter seinen Fällen von Hebephrenie keine wirkliche Heilung beobachtet wurde; bei Katatonie und paranoider Demenz kamen dagegen einzelne Genesungen vor. Stern sah die Dementia praecox in 3,3% heilen; Mattauschek beobachtete bei der Hebephrenie in 2,3%, bei seiner depressiv-paranoiden Form in 11,1%, bei der katatonen Form in 5,5%, bei der eigentlichen Katatonie in 4% und bei der Dementia paranoides gar keine Heilungen. Zendig kam bei seinen Nachforschungen zu der Ansicht, daß kein einziger sicherer Fall von Dementia praecox als wirklich vollkommen genesen zu betrachten sei; auch Zablocka hat in seinem Berichte über 515 Fälle diese Anschauung vertreten. Schmidt, der über 455 brauchbare Katamnesen verfügte, gibt an, daß in 57,9% Verblödung, in 15,5% Heilung mit Defekt und in 16,2% der Fälle Heilung eingetreten sei; der Rest war gestorben.

Die Widersprüche dieser Angaben untereinander haben verschiedene Gründe. In erster Linie kommt dabei natürlich die Umgrenzung der Dementia praecox in Betracht. Wir werden später sehen, daß in diesem Punkte trotz der Leichtigkeit, mit der die Hauptmasse der Fälle erkannt werden kann, noch große Unsicherheit herrscht. Das gilt einmal hinsichtlich der Stellung der paranoiden Formen, die bald in größerem, bald in geringerem Umfange der Dementia praecox zugezählt werden, sodann auch in bezug auf die

Erkrankungen der höheren Lebensalter, bei denen ebenfalls die Einordnung in unser Krankheitsbild verschieden gehandhabt werden kann. Da im allgemeinen die Erweiterung der Grenzen nach beiden Richtungen die Zahl der prognostisch ungünstigen Fälle vermehrt, müssen hier Ursachen für die Gewinnung auseinanderweichender Genesungsziffern gegeben sein. Weitere Schwierigkeiten erwachsen aus der verschiedenen Abgrenzung gegen das Gebiet der Amentia und des manisch-depressiven Irreseins. Der Grund dafür liegt in dem bald größeren, bald geringeren Gewichte, das dem Auftreten der sogenannten „katatonischen" Krankheitszeichen beigelegt wird, über deren Umfang übrigens die Meinungen ebenfalls noch auseinandergehen. Jedenfalls besteht heute noch in nicht unerheblicher Ausdehnung die Möglichkeit, Fälle von Amentia oder manisch-depressivem Iresein der Dementia praecox fälschlich zuzurechnen und umgekehrt; die Prognose der Krankheit wird sich danach günstiger oder ungünstiger gestalten.

Bei dieser Unsicherheit der Abgrenzung sind also die Erhebungen verschiedener Beobachter zunächst gar nicht miteinander vergleichbar, nicht einmal die Diagnosen des gleichen Forschers aus verschiedenen, durch eine Reihe von Jahren getrennten Zeitabschnitten. Allein, auch wenn diese Schwierigkeit nicht bestünde, würden wir uns weiterhin erst über den Begriff der Heilung zu einigen haben. Zunächst ist dabei der Grad der Wiederherstellung in Betracht zu ziehen. Meyer stellt hier offenbar nicht die allerstrengsten Anforderungen, und Räcke spricht geradezu von „praktischen" Heilungen. Bei der Dementia praecox können aber in einer größeren Reihe von Fällen alle auffallenderen Krankheitserscheinungen verschwinden, während unbedeutendere Veränderungen der psychischen Persönlichkeit zurückbleiben, die für die Lösung der Lebensaufgaben keine Bedeutung haben, aber dem aufmerksamen Beobachter, der nicht immer ein Angehöriger sein muß, bemerkbar sind. Da sich vom völligen Ausgleiche aller Störungen bis zu diesen „Heilungen mit Defekt" die mannigfaltigsten Übergänge finden, ist die Abgrenzung der Genesungen im strengsten Sinne einigermaßen willkürlich, ebenso aber auch die Bestimmung, wo die „praktische" Heilung in das deutliche psychische Siechtum übergeht. Auch aus diesem Grunde werden daher die Zahlen verschiedener Untersucher voneinander abweichen müssen. Dazu kommt weiterhin die Mög-

lichkeit, daß unter Umständen leichte Absonderlichkeiten, die schon vor der Erkrankung vorhanden, aber unbeachtet geblieben waren, oder durch anderweitige Einflüsse bedingt sind, fälschlicherweise als Folgen der Dementia praecox angesehen werden können.

Endlich aber ist noch auf die oben ausführlich behandelten Besserungen des Leidens mit späterer Wiedererkrankung hinzuweisen. Da Besserungen, die einer Genesung gleichen, viele Jahre, ja weit über ein Jahrzehnt anhalten können, so werden wir ein endgültiges Urteil über den Ausgang eines anscheinend geheilten Krankheitsfalles erst nach sehr langer Zeit aussprechen dürfen und müssen selbst nach 10—20 Jahren auf einzelne Berichtigungen gefaßt sein. Bei der Mehrzahl der bisher mitgeteilten Untersuchungen ist die seit dem Eintritte der Besserung verflossene Zeit viel zu kurz, als daß die Zahlen schon ein endgültiges Bild von der Prognose der Dementia praecox geben könnten. Meyer hat sich allerdings auf den Standpunkt gestellt, daß wir es bei den Rückfällen nach längerer Zeit mit Neuerkrankungen zu tun hätten und also wohl berechtigt seien, von Genesungen zu sprechen. Es dürfte indessen bei der Fülle von Abstufungen in der Dauer der Zwischenzeiten wie in der Stärke der in ihnen noch fortbestehenden leichteren Krankheitszeichen ganz unmöglich sein, den Punkt zu bestimmen, an dem wir es nicht mehr mit einem Aufflackern des so lange zum Stillstande gekommenen Krankheitsvorganges, sondern mit einer wirklichen Neuerkrankung zu tun haben. Wir werden überdies späterhin auch noch andere Gründe kennen lernen, die für einen inneren Zusammenhang der einzelnen, gleichartigen, wenn auch durch längere Zeiträume getrennten Krankheitsanfälle sprechen.

Die hier genauer auseinandergesetzten Schwierigkeiten sind es, die mich veranlassen, vorderhand von der Aufstellung neuer Zahlenwerte für die Heilungsaussichten der Dementia praecox abzusehen. Jedenfalls wird man heute für eine recht große Zahl von anscheinend geheilten Fällen den Einwand nicht sicher widerlegen können, daß es sich um Fehldiagnosen oder um vorübergehende Besserungen handle, denen später ein Rückfall folgen wird. Auf der anderen Seite wird man die Möglichkeit vollständiger und dauernder Heilungen bei der Dementia praecox nicht von vornherein leugnen dürfen. Wenn ein Krankheitsvorgang, wie in einem der von mir beobachteten Fälle, 29 Jahre lang ruhen kann, so wird er wohl

auch gänzlich zur Ausheilung kommen können. Allerdings müssen gerade die schweren Rückfälle nach verhältnismäßig langen und vollständig freien Zwischenzeiten den Gedanken nahelegen, daß wir es eben oft nur, wie bei der Paralyse, mit einem Stillstande oder mit überaus langsamem Fortschreiten, aber nicht mit einem wirklichen Abschlusse des Krankheitsvorganges zu tun haben. Zu beachten ist jedenfalls die Erfahrung, daß selbst unter den ungünstig ausgehenden Fällen, wie sie die Grundlage meiner klinischen Darstellung bilden, manche Formen in einem Drittel, ja in mehr als der Hälfte der Beobachtungen ausgeprägte, aber früher oder später einem Rückfalle weichende Besserungen aufweisen. Da die Häufigkeit wesentlicher Besserungen auch bei einem beliebigen anderen Krankenmaterial kaum viel größer sein dürfte, liegt der Verdacht nahe, daß die von mir herausgehobenen, ungünstig ausgehenden Fälle im großen und ganzen das allgemeine Verhalten der Dementia praecox überhaupt wiedergeben. Weitere Untersuchungen an umfangreichen, Jahrzehnte hindurch sorgfältig durchgeführten Beobachtungsreihen müssen zeigen, wie weit die für mich an Wahrscheinlichkeit gewinnende Anschauung richtig ist, daß dauernde und wirklich vollständige Heilungen der Dementia praecox, wenn sie auch wohl vorkommen, doch jedenfalls zu den Seltenheiten gehören.

Von den Heilungen im strengsten Sinne führt eine fast unübersehbare Reihe von Zwischenstufen bis zu den schwersten Verblödungen hinüber. Nach meinen früheren Feststellungen schienen mir von den hebephrenischen Formen 17%, von den katatonischen 27% in mäßige Schwachsinnsgrade auszugehen, während tiefe Verblödung dort in 75%, hier in 59% der Fälle erreicht wurde. Von anderen Forschern fand Zablocka für die Hebephrenie in 58% der Fälle leichte, in 21% mittelgradige, in 21% hochgradige Verblödung; die entsprechenden Werte stellten sich für die Katatonie auf 58%, 15% und 27%. Mattauschek berichtet bei der Hebephrenie über 9,3% Defektheilungen, 20,9% Verblödungen ersten, 67,4% Verblödungen schwereren Grades. Bei seinen „depressiv-paranoiden" Fällen betragen die Zahlen 11,1%, 24,1% und 53,7%, bei seinen „katatonen Formen" 13,8%, 25%, 55,5%, bei der „Katatonie" 12%, 20% und 64%. Albrecht sah Heilung mit Defekt bei Hebephrenen in 12,5%, einfache Verblödung in 27%, hochgradige Verblödung verschiedener Art in 60% der Fälle; für die Katatonie ergab

sich in 24% einfache, in 50% der Fälle schwere Verblödung. Stern stellte als Ausgang der Dementia praecox in 36,7% leichte, in 18,3% mittlere und in 41,7% schwere Verblödung fest. Evensen gibt an, daß von seinen Hebephrenen 5% selbständig, 25% wenigstens noch arbeitsfähig blieben und 70% tief verblödeten; unter den Katatonikern wurden nur 50% ganz blödsinnig. Die paranoiden Erkrankungen habe ich regelmäßig in Schwachsinnszustände ausgehen sehen, die in etwa der Hälfte der Fälle leichteren, in der anderen Hälfte schwereren Grades waren. Einfacher Schwachsinn ohne sonstige auffallendere Krankheitserscheinungen blieb nur in etwa 7% der Fälle zurück. Mattauschek verzeichnet als Endzustand bei diesen Formen in 21,1% leichtere, in 78,9% der Fälle schwerere Verblödung, Zablocka in 65% leichte, in 16% mittlere, in 29% tiefe Verblödung. Albrecht gibt an, daß meist halluzinatorischer Schwachsinn, gelegentlich auch einfache Verblödung, Heilung mit Defekt, halluzinatorische Verrücktheit oder, wie schon angeführt, auch Heilung das Ende der Krankheit bildet.

Wie schon diese Übersicht erkennen läßt, sind die Angaben der einzelnen Forscher zurzeit völlig unvergleichbar, da zu der Unsicherheit der Diagnosen noch die abweichende Gruppierung der Formen sowie die verschiedene Beurteilung der Endzustände kommen. Es ist in der Tat in hohem Maße willkürlich, wie viele Grade der Verblödung man unterscheiden, und wie man die einzelnen Fälle auf sie verteilen will, zumal deren Zustand oft nach langer Zeit noch allerlei Wandlungen erfahren kann. Etwas mehr Aussicht auf wissenschaftliche Brauchbarkeit bietet vielleicht die Gruppierung der Endzustände nach den hauptsächlich bei ihnen hervortretenden Krankheitserscheinungen, wie sie in der bisherigen Darstellung schon versucht wurde. Auch hier wird man freilich in der Zuordnung des einzelnen Falles vielfach unsicher sein; immerhin setzt diese Einteilung die Endzustände wenigstens in nähere Beziehungen zu den vorausgegangenen klinischen Krankheitsbildern.

Die erste Form, die wir unter diesem Gesichtspunkte abgrenzen können, ist der einfache Schwachsinn ohne sonstige auffallende Krankheitserscheinungen. Die Schwäche liegt, den Hauptangriffspunkten des Leidens entsprechend, namentlich auf dem Gebiete der gemütlichen Regungen und des Willens; in geringerem Grade wird das Urteil und noch weniger das Gedächtnis in Mitleidenschaft

gezogen. Nach dem Zurücktreten der ausgeprägteren Krankheitszeichen erscheinen die Kranken klar über Zeit, Ort und Person wie über ihre Lage und geben geordnete und zusammenhängende Auskunft. Die Sinnestäuschungen verschwinden in der Hauptsache, insbesondere die Stimmen; nur hier und da treten vielleicht noch einmal ,,Zischereien" auf, oder der Kranke hört bisweilen seinen Namen rufen, kann sich aber mit Gewalt darüber hinwegsetzen, achtet nicht mehr darauf. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit pflegt unklar zu sein. Immerhin weiß der Kranke noch, daß er ,,innere Stimmen" gehört hat, meinte, im Himmel zu sein, Angst hatte. Er gibt auch an, daß jetzt nicht mehr nach dem Kopfe elektrisiert werde, daß die Stimmen aufgehört haben, und lehnt die früheren Wahnvorstellungen mehr oder weniger bestimmt ab; er ,,will kein Schutzengel mehr sein", ,,kann keine Wunder tun".

Gleichwohl ist das Verständnis für die Bedeutung der Krankheitserscheinungen oft nur ein sehr mangelhaftes. Der Kranke gibt etwa zu, daß er verwirrt, nervenkrank gewesen sei, hält aber das überstandene Leiden für ganz harmlos und sich selbst für völlig gesund, hat auch gar kein Bedürfnis, sich über das Wesen seiner Erkrankung und über deren Verlauf näher zu unterrichten. Manche Kranke führen ihr krankhaftes Verhalten auf zufällige äußere Anlässe, unrichtige Behandlung durch die Angehörigen, die Verbringung in die Anstalt zurück; ,,es war nur Verstellungskunst", meinte ein Kranker. Bisweilen werden auch wohl einzelne, in der Krankheit entstandene Wahnvorstellungen unberichtigt festgehalten, wenn die Kranken auch nicht mehr davon sprechen und sich nicht mehr durch sie beeinflussen lassen. Auch nach anderen Richtungen tritt in der Regel eine deutliche Urteilsschwäche hervor. Die Kranken sind unfähig geworden, verwickeltere Verhältnisse zu überblicken, das Wesentliche vom Nebensächlichen zu unterscheiden, die Folgen des eigenen und fremden Handelns vorauszusehen. Ihr Vorstellungskreis erscheint eingeengt. Wenn auch gelegentlich noch erhebliche Reste von früher erworbenen Kenntnissen auftauchen, so ist den Kranken doch die Fähigkeit verloren gegangen, über sie zu verfügen, mit ihnen zu arbeiten, ein Umstand, der natürlich allmählich ihren Verlust herbeiführt. Die Kranken büßen daher einen großen Teil ihres Wissens ein; sie werden gedankenarm, einförmig in ihren geistigen Leistungen. Da zugleich ihre Aufmerksamkeit abgestumpft ist, haben

sie nur wenig Neigung und Fähigkeit, sich Neues einzuprägen, Ziele zu verfolgen, einen weiter aussehenden Plan durchzuführen. „Sie hat gar kein Gedächtnis, wenn sie etwas arbeitet", schrieb der Vater einer Kranken; „sein Sinn ist zu kurz", berichtete ein anderer über seinen Sohn. In leichteren Fällen können jedoch eingelernte Fertigkeiten leidlich erhalten bleiben. Manche Kranke spielen gut Karten oder Schach; andere rechnen, zeichnen und schreiben mit großer Ausdauer, sind aber vielleicht ganz unfähig, Verbesserungen, Schreibfehler, Einschaltungen richtig zu berücksichtigen oder selbst etwas zu entwerfen.

Die Stimmung der Kranken kann sehr verschiedenartige Färbung tragen. Den Grundzug bildet jedoch der Mangel an tiefer gehenden gemütlichen Regungen. Die Kranken stehen den Ereignissen des Lebens gleichgültig gegenüber, leben in den Tag hinein ohne Streben, ohne Wünsche, ohne Hoffnungen oder Befürchtungen. Ein Kranker meinte auf die Frage, ob er nicht nach Hause zurückkehren wolle: „Es ist gleich, ob ich hier oder dort herumstehe." Das Verhältnis zu den Angehörigen wird kühl, bisweilen geradezu feindselig; die früheren Interessen sind abgeschwächt oder erloschen; die Arbeit wird maschinenmäßig, ohne innere Anteilnahme erledigt. Sehr häufig verknüpft sich damit ein gedrücktes, mißtrauisches, wenig zugängliches, zeitweise gereiztes und empfindliches Wesen, gelegentlich mit Eifersuchtsideen. Man muß sie „mit Liebe und Nachsicht behandeln", wie es von einer Kranken hieß. Andere Kranke sind heiter, sorglos, zutraulich, erotisch; öfters findet sich Neigung zum Lachen und Grinsen ohne erkennbaren Anlaß.

Das äußere Verhalten der Kranken ist im allgemeinen geordnet; nur zeigen sie öfters eine steife, gezwungene Haltung oder ein etwas verschrobenes Benehmen, absonderliche Kleidung, Vernachlässigung ihrer Person, kleine Eigentümlichkeiten in Sprechweise, Gang und Bewegungen. Einem meiner Ärzte fiel ein junger Maurer auf, der die Steine beim Hinlegen in merkwürdiger Weise drehte; es war ein „mit Defekt geheilter" Kranker unserer Klinik. Bei einzelnen Kranken bestehen noch Andeutungen von Befehlsautomatie. Viele Kranke sind still, wortkarg, unfrei, scheu, ziehen sich zurück, weichen aus; sie erscheinen eigensinnig, unbeeinflußbar, unlenksam, gehen nicht mehr in Kirche und Wirtshaus, sitzen immer auf einem Stuhl, schauen vor sich hin. Andere dagegen sind

kindlich freundlich, zugänglich, folgsam, aber unselbständig; noch andere bieten die Zeichen einer leichten Erregung, nörgeln, drängen fort, sind weitschweifig, etwas zerfahren in ihren Reden, überhöflich, schimpfen zeitweise, begehen gelegentlich unsinnige Handlungen, zerstören etwas, werfen die Uhr in den Abort, verfassen verworrene Schriftstücke, geraten ins Trinken. Eine meiner Kranken, die bis dahin ein anständiges Mädchen gewesen war, gebar in einer fünfjährigen Remission nach einer schweren katatonischen Erregung 3 uneheliche Kinder, deren letztes sie aus Unachtsamkeit erstickte; in der Untersuchungshaft trat dann ein neuer, sehr heftiger Anfall katatonischer Erregung auf, der zu einfacher Verblödung führte; sieben Jahre später überstand sie in der Anstalt nochmals eine schwere, rasch vorübergehende Erregung.

Die Arbeitsfähigkeit ist in der Regel herabgesetzt. Manche Kranke sind zwar fleißig, aber nicht mehr zu jeder Arbeit zu brauchen; „der Wille zur Arbeit ist vollständig gut, aber das Vollbringen mangelhaft", schrieben die Angehörigen eines Kranken. Mitunter verfertigen sie ganz absonderlich unbrauchbare Dinge. Sehr häufig ist ihnen die frühere Tätigkeit zu schwierig geworden; sie sehen sich nach leichterer Arbeit um. Der ehemalige Feinmechaniker wird einfacher Schlosser, der Student Abschreiber, der Handwerker Tagelöhner. Von einem planmäßigen Streben nach Vervollkommnung und Verbesserung der eigenen Lage ist nicht mehr die Rede. Die Kranken leben in den Tag hinein, verbrauchen, was sie verdienen, sorgen nicht für die Zukunft. Einzelne Kranke lehnen die Arbeit gänzlich ab, lungern planlos herum, gehen spazieren, bleiben tagelang liegen. Nicht selten beobachtet man ein sehr starkes Schlafbedürfnis, auch bedeutende Eßlust, während andere Kranke immer zum Essen gedrängt werden müssen; „es geht mit der halben Nahrung", meinte ein Kranker. Öfters hört man Klagen über Kopfweh.

Die Ausbildung der geschilderten Krankheitserscheinungen zeigt natürlich die mannigfaltigsten Abstufungen. In zahlreichen Fällen sind die Veränderungen so geringfügig, daß sie nur für die Nächststehenden und nur für gute Beobachter erkennbar sind. Der Kranke ist nur etwas stiller und eigenwilliger, schrulliger geworden, erscheint zerstreuter, gleichgültiger, verzichtet auf die Ausführung höher fliegender Pläne, arbeitet maschinenmäßiger, vermag aber den ge-

wöhnlichen Ansprüchen des Tages ganz gut gerecht zu werden. Wenn man will, kann man hier von einer „praktischen“ Genesung sprechen, obgleich eine völlige Ausheilung des Krankheitsvorganges nicht stattgefunden hat, wie denn auch durch gelegentliche schwerere Rückfälle dargetan wird. Aber selbst ausgeprägtere Formen dieses einfachen Schwachsinns pflegen kein sehr auffallendes psychisches Krankheitsbild darzubieten und werden oft genug unter dem Gesichtspunkte der sittlichen Verschuldung betrachtet, namentlich, wenn sie schleichend entstanden sind. Hierher gehören jene Kranken, die von der Stufe, auf die sie Geburt und Erziehung gestellt haben, in anscheinend unbegreiflicher Weise herabgleiten, ja unter Umständen zu Gewohnheitsverbrechern, Landstreichern, Prostituierten werden, ohne daß die krankhafte Natur der mit ihnen sich vollziehenden Veränderung erkannt wird. Daher auch die Häufigkeit, mit der ausgeprägtere Krankheitsbilder bei ihnen zur Entwicklung gelangen, wenn nach einem unsteten, an Aufregungen, Entbehrungen und Ausschweifungen reichen Leben eine Freiheitsentziehung ihnen neue, schwere Schädigungen zufügt.

Dem einfachen Schwachsinn am nächsten stehen vielleicht diejenigen Formen des psychischen Siechtums, bei denen als Überbleibsel der überstandenen Krankheit neben einer mehr oder weniger starken Einbuße an geistiger Leistungsfähigkeit noch einzelne *Sinnestäuschungen* zurückgeblieben sind, die von den Kranken selbst als Krankheitserscheinungen aufgefaßt oder doch nicht weiter verarbeitet werden. Vornehmlich handelt es sich um Gehörstäuschungen, die bald nur ganz gelegentlich, bald mehr regelmäßig, aber doch immer mit starken Schwankungen, den Kranken belästigen; manchmal treten sie besonders nachts hervor. Der Inhalt der Stimmen besteht vielfach in abgerissenen Zurufen, die sich öfters in denselben Wendungen wiederholen und bald ganz gleichgültigen, bald spottenden, auch wohl unsinnigen oder unverständlichen Inhalts sind, bisweilen in fremder Sprache. Andere Kranke hören Reden und Gegenreden oder ganze Unterhaltungen; daneben werden Geräusche, Gemurmel, Klopfen wahrgenommen. Mit dem Gedankengange des Kranken stehen die Gehörstäuschungen meist in einem gewissen Zusammenhange, wenn auch einzelne Äußerungen völlig verblüffend und beziehungslos erscheinen. „Ich war nie ganz frei von der Idee, daß eine fremde Person in meine geistige Sphäre eingreife“,

schrieb ein Kranker, der dabei mehr als zwei Jahrzehnte ohne Störung in verantwortungsvoller Berufstätigkeit stand; „Gedanken blitzen zuweilen auf, ohne daß ich überhaupt danach getrachtet hätte“. Sehr anschaulich schildert ein anderer Kranker seine Störungen, der ebenfalls nach einer vor $1\frac{1}{2}$ Jahrzehnten durchgemachten akuten Erkrankung dauernd im Berufe tätig ist, wenn auch mit vielen inneren Schwierigkeiten:

„Die Äußerungen begleiten mein eigenes Denken, doch so, daß ich sie stets davon sondern kann. Bisweilen mischen sie sich in die Gedankenbildung selbst ein; das ist dann besonders quälend, um so quälender, je kürzer der Augenblick zwischen meinen Gedanken und der sich damit beschäftigenden Stimmenäußerung ist. Inhaltlich bringen die Stimmen angebliche Nachrichten über alles Mögliche und Unmögliche, den Kaiser, den Kronprinzen, ihre Gemahlinnen, meine Vorgesetzten und Kollegen nebst Familie, Verwandte und Freunde, aber auch über meine zufällige Umgebung. Bisweilen habe ich den Eindruck, als ob gewisse Personen, bekannte und unbekannte, meine Gedanken wahrnehmen könnten, mir innerlich freundlich oder feindlich gegenüberträten. Da ich fürchte, daß aus solchen Gedanken Verfolgungswahn entstehen könnte, stelle ich mich ihnen mit aller Kraft der Logik entgegen.“

Unverkennbar handelt es sich hier um die gleichen Störungen, denen wir so vielfach bei der Schilderung der klinischen Krankheitsbilder begegnet sind. Geändert hat sich nur die Stellung des Kranken selbst zu den Täuschungen, ein Zeichen dafür, daß wir es nur noch mit einem abgegrenzten Überbleibsel des früheren Leidens und nicht mehr mit einer Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit zu tun haben.

Einen ausgezeichneten Einblick in diese Vorgänge gewährt die folgende, von demselben Kranken herrührende Niederschrift der mit Pausen gehörten Zurufe; dazwischen sind in Klammern die von dem Kranken innerlich an die Stimmen gerichteten Fragen wiedergegeben.

(Warum sprecht Ihr in mir?) „Du darfst Blut essen. A. muß lachen über Dich. Weil wir arme Möpse sind. Irrenanstalt. Wir bringen Dich später in eine Irrenanstalt. O mein liebes Genie! Weil wir Hypochonder sind. Ich bin Dein armes Murmeltier. Wir sind Liebhaberinnen des Deutschen Peitschenklubs. Wir inhalieren Dich.“ (Warum quält Ihr mich?) „Hast Du ein Schicksal! Wir denken das beste über Dich. Taraxacum! Taraxacum! Wir hauen Dr. S. die Knochen blutig, denn er hat für Dich gebürgt. Weil wir Dich fürchterlich lieb haben. Was soll ich machen? Wir weinen Lachtränen. Wir sind verschieden entwickelt. O Du mein Herzjesulein! Weil

wir selbst gequält sind. Weil wir sittlich pervers handeln. Wir haben christkatholische Sittlichkeit. Jeder Mensch muß lachen über Dich. Sie sind geisteskrank. Ja, es ist so. Weil wir Dein Gehirnschmalz zu fürchten haben. O wilder Scheikh Almagro! Die man liebt, quält man. Wir haben kein Handwerkszeug. Du bist in manchen Dingen das reine Kind, der reine Thor! Wir quälen Dich als sittliche Lumpe!" (Welches ist Euer eigner Zweck?) „Wir wollen Dich tot machen. Du hast die göttliche Vorsehung beleidigt. Unser Zweck ist sittlich irrelevant. M. muß lachen über Dich. Unser Zweck ist Deine Reinigung. Aber Absalom! Wir lieben und hassen Dich. Unser Zweck ist furchtbare Etablierung des Weiberregiments. Wir sind meschugge." (Seid Ihr Menschen oder Geister?) „Wir sind Menschen, alte Topsau! O, da gehört eine wahnsinnige Geduld dazu! Ich will Dir meine letzten Ziele zeigen. Wir weinen über Dich. Du hast Dich sehr gut vorgesehen. Wir steigen auf den Ararat. Nun denn, Geisterchen! Kleines Völkchen, Wichtelmännchen! Du bist im Grunde wahnsinnig tief!" (Werde ich wieder gesund werden?) „Nicht nach dem Plane des Weiberregiments. Nun denn, nein! Denn Du hast den Verfolgungswahn. Wir wollen Dich bloß prüfen. Du bist nicht geisteskrank. Hast Du denn keine Ahnung von Deiner Bedeutung? Wir sind sittliche Anarchistinnen. Ja doch, in Gottes Rat. Hast Du nicht Delirium? Um Gottes willen, Du schreibst alles auf! Hast Du nicht die Wehrwölfe gegen uns losgelassen? Zwischen Berg und tiefem, tiefem Tal . . ." (Seid Ihr in der Nähe?) „Nein, in der Ferne. Was sollen wir gegen Deine Interessen machen? Nein, mitten in Deinem Kopf!"

Diese Aufzeichnungen, die etwa die Hälfte des in einer Stunde Gehörten wiedergeben, lassen erkennen, daß die Stimmen auf die innerlich an sie gerichteten Fragen antworten, wenn auch nicht immer sofort. Dazwischen schieben sich alle möglichen beziehungslosen Bemerkungen und Ausrufe. Deutlich tritt in vielen dieser Äußerungen die persönliche Stellungnahme der Stimmen zum Kranken hervor, wie wir sie auf der Höhe des Leidens in der Verknüpfung mit Verfolgungs- und Größenideen beobachten. Die Stimmen verspotten, verlachen, bedrohen den Kranken und seine Freunde, machen ihm Vorwürfe, beweinen, loben und bewundern ihn; sie deuten an, daß sie Gewalt über ihn haben, als Geister in ihm wohnen. Daneben macht sich das ausgeprägte Krankheitsgefühl in den Wendungen über Irrenanstalt, Geisteskrankheit, Delirium, Verfolgungswahn bemerkbar.

Eine geringere Rolle pflegen Gesichtstäuschungen zu spielen. Manche Kranke sehen, namentlich in schlaflosen Nächten, alle möglichen Gestalten, Lichterscheinungen, oder die Gegenstände erscheinen verzerrt. Anderen drängen sich, bald mit, bald ohne Zusammenhang mit ihren sonstigen Gedankengängen, die Bilder

von Personen auf. Gelegentlich wird auch über allerlei körperliche Mißempfindungen berichtet, besonders über Kopfdruck und Schwindelgefühle.

Die Stimmung der Kranken ist meist eine gedrückte; sie fühlen sich gequält, innerlich unfrei, behindert in ihrer Arbeitsfähigkeit, neigen vielfach zu peinlicher Selbstbeobachtung, bringen Klagen über Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen, Angstzustände vor. Manche Kranke lernen es allmählich, sich mit ihren Beschwerden einigermaßen abzufinden und durch vorsichtiges, regelmäßiges Leben, Vermeidung aller größeren Anstrengungen, Aufregungen und Ausschweifungen sich ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Auch bei ihnen jedoch pflegt ein stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen den Verlust an Selbstvertrauen und selbständiger Tatkraft zu begleiten, wie er sich aus dem Fortbestehen der Krankheitsreste ergibt. „Meine Erfolge in der Beherrschung meines Leidens verdanke ich hauptsächlich der Selbstbescheidung, der Rücksichtnahme auf meinen Zustand, sobald er unerträglich wurde", schrieb ein Kranker.

In anderen Fällen greift die Schädigung der psychischen Persönlichkeit weit tiefer, bis zu ausgeprägtem Schwachsinn. Die Kranken berichtigen die Täuschungen nicht, aber sie sprechen nicht mehr darüber, hören nicht mehr auf die Stimmen, regen sich nicht darüber auf; „das hat keinen Wert, keinen Zweck". Manche Kranke werden wohl vorübergehend noch durch die „Verfolgungsstimmen" gereizt, schimpfen dagegen, besonders nachts, verstopfen sich die Ohren, sprechen hier und da vor sich hin, wollen aber dazwischen nichts mehr davon wissen, gehen ohne Störung ihrer Arbeit nach. Zugleich findet sich regelmäßig eine mehr oder weniger weitgehende Einengung der Interesses, Abschwächung der Gefühlsbeziehungen, Einbuße an Willensregsamkeit, oft auch ablehnendes, verschlossenes Wesen.

Offenbar wesentlich tiefer als der hier geschilderte „halluzinatorische Schwachsinn" schädigen das Seelenleben diejenigen Ausgangsformen der Dementia praecox, bei denen unberichtigte Wahnbildungen dauernd fortbestehen. Wir sind ihnen als den regelmäßigen Endzuständen der „Dementia paranoides mitis" begegnet, aber sie kommen hier und da auch als Ausgänge anderer, mit Wahnbildungen einhergehender Formen zur Beobachtung, wenn auch vielleicht in etwas abweichender Gestaltung. Vor allem sind es die

Verfolgungsideen, die nach dem Schwinden der akuteren Krankheitserscheinungen dauernd festgehalten werden, meist in ganz einförmiger Weise und ohne wesentliche Fortbildung, aber in allmählich immer unsinnigeren und zerfahreneren Wendungen. Auch die verschiedenartigsten Sinnestäuschungen pflegen dabei eine bedeutende Rolle zu spielen. Es ist die alte Geschichte; die Verfolger sind immer noch da. Er wird beschimpft, verhöhnt, elektrisiert, betäubt, geblendet, von Hexen geplagt; Tag und Nacht werden die physikalischen Experimente gemacht, scheinpolitisches Zeug, Spitzbubenstreiche; die Kinder werden ermordet, das Geld vorenthalten, die Gurgel zerschlitzt. Es wird Unsittliches gesprochen, die Natur abgezogen, der Same abgegossen. Die Kranken „müssen den Stimmen Antwort geben", tun, was sie befehlen. Auf der anderen Seite hören sie Stimmen von Gott, daß sie Christus seien, sind geborene Königin, bekommen Millionen. Im Laufe der Zeit verblassen die Wahnvorstellungen etwas; es ist etwas besser, meinen die Kranken; „Elektrisieren ist so ziemlich weniger". Zugleich kann sich ein gewisses Krankheitsgefühl einstellen. Die Kranken meinen, sie hätten oft Störungen, verwirrte Gedanken, können nicht recht arbeiten, seien „etwas geisteskrank".

Über ihre Umgebung und ihre allgemeine Lage pflegen sie meist im klaren zu sein, soweit nicht wahnhafte Vorgänge mit hineinspielen. Ihr Gedankengang bleibt so ziemlich zusammenhängend und geordnet, wird aber leicht zerfahren und verworren, sobald sie auf ihre Wahnvorstellungen gebracht werden und in Erregung geraten. Die Stimmung ist mürrisch, oft sehr gereizt, seltener stumpf oder gehoben. Zeitweise werden die Kranken bedrohlich, schimpfen, schlagen zu, schließen sich ab, zeigen überlegene Ironie. Vielfach sind sie dabei imstande, sich mit Erfolg und Geschick zu beschäftigen, wenn sie dabei auch gern ihre eigenen Wege gehen. Daneben finden sich öfters leichte Andeutungen der für die Dementia praecox kennzeichnenden Willensstörungen. Das schweigsame, durchaus unzugängliche Verhalten mancher Kranker dürfte nicht allein durch ihre Wahnbildungen, sondern mindestens zum Teil durch negativistische Regungen bedingt sein; bei anderen beobachten wir Manieren, Schmatzen, Spucken, Wiederholen der an sie gerichteten Fragen, verschrobene Ausdrucksweise, absonderliche Kleidung.

Versuchen wir die weitere Gruppierung der Endzustände nach dem besonderen Gepräge durchzuführen, das ihnen das Zurückbleiben bestimmter Krankheitserscheinungen aus den früheren Abschnitten des Leidens aufdrückt, so werden wir eine Reihe von Formen unterscheiden können, in denen bald mehr die Verstandesschwäche, bald mehr die Gemütsstumpfheit, bald mehr eine der eigentümlichen Willensstörungen das Zustandsbild beherrscht. Selbstverständlich handelt es sich hier nirgends um scharfe Abgrenzungen, so wenig wie bei den früher beschriebenen Verlaufsarten. Vielmehr werden wir überall die Grundzüge der Dementia praecox wiederfinden, nur daß hier diese, dort jene Besonderheit stärker hervortritt. Klinische Beziehungen zu den voraufgehenden Krankheitsbildern bestehen insofern, als im Endzustande nur solche Zeichen sich erhalten, die eben schon vorher entwickelt waren; sie können aber späterhin auch gänzlich zurücktreten. Während wir also im einfachen Schwachsinn eine Ausgangsform kennen gelernt haben, die ein Schwinden aller auffallenderen Störungen und somit allgemein einen milden Verlauf des Leidens bedeutet, bleiben bei den nun folgenden Gestaltungen des psychischen Siechtums auf einzelnen Gebieten des Seelenlebens dauernd deutliche Krankheitserscheinungen zurück. Dabei kann auf einigen oder den meisten anderen ein weitgehender Ausgleich der krankhaften Störungen stattfinden, so daß wir neben dem auffallendsten Kennzeichen des Endzustandes bald nur sehr geringe, bald aber auch ganz tiefgreifende Veränderungen der übrigen psychischen Persönlichkeit vorfinden.

Hatten wir es bei den soeben beschriebenen „paranoiden" Endzuständen wesentlich mit einer Fortdauer der wahnbildenden Krankheitsvorgänge zu tun, so ist das Kennzeichen der „faseligen Verblödung" der allgemeine Zerfall der Verstandesleistungen. Auch hier finden sich in der Regel noch Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, deren Unsinnigkeit die geistige Schwäche deutlich erkennen läßt. Die Kranken hören Teufelsstimmen, Geister rufen, werden von der Fernsprecherei gequält; ihnen werden Gedanken eingeblasen; sie sprechen mit den Stimmen. Sie werden beeinflußt, jeden Abend geschröpft, an den Geschlechtsteilen gezerrt, zusammengepreßt, ausgesogen durch eine Nadel, verschnitten, gestochen, nachts mit dem Eisenhammer auf den Kopf geschlagen,

riechen Blut und Leichen. Die Ärzte treiben Kinder ab; die Verbindung zwischen Gebärmutter und Mastdarm ist gelöst, das Fleisch gefälscht. Im Halse sitzen kleine Kinder; die weiblichen Geschlechter haben sehr große Not gelitten; es ist Kurmacherei, unterirdisches Dunstgeschäft, Fixerei. Der Kranke ist Sohn der Urkraft, von göttlichem Berufe, der Herr, leidet für die ganze Menschheit, bekommt eine Auszeichnung vom Großherzog, verlangt besondere Kost, soll heiraten. Alle diese Wahnvorstellungen werden ohne Zusammenhang und ohne Nachdruck vorgebracht, in vielfach wechselnder, immer abenteuerlicherer Form. Nicht selten besteht dabei ein gewisses Krankheitsgefühl. „Krank sind wir noch ein wenig", sagte ein Kranker; ein anderer meinte: „Früher hatte ich den Wahnsinn, daß ich König von Bayern sei oder ich wäre der Herrgott; das ist doch Unsinn", während ein dritter erklärte: „Das Schimpfen war in der Krankheit"; wieder andere sprechen davon, daß ihnen der Sinn genommen, worden sei. Oder sie geben an, wenn man sie über Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen befragt, sie hören nicht mehr soviel, geben nicht acht darauf, befassen sich nicht mehr mit den Sachen, haben sie vergessen.

Die eigentlich kennzeichnende Störung ist jedoch bei dieser Form die Zerfahrenheit des Gedankenganges. Die meist redseligen Kranken verblüffen immer von neuem durch die Verworrenheit und Absonderlichkeit ihrer Äußerungen wie durch die Unsinnigkeit ihrer Vorstellungsverbindungen. „Ich bin Vogel Schwarz", erklärte ein Kranker, ein anderer: „Ich bin kein Land", ein dritter: „Ich bin Ihr verstorbener Vater", ein vierter: „Ich glaube, daß mein Vater jetzt geboren sei", ein fünfter, er sei „abgestimmt im Jahreswechsel". „Ich spreche mit den Stimmen für mein Wohl Elemente", „wenn man dem rechten nachdienen kann, muß das linke werden", „in dieser Sitte gibt es sehr schwere Aufgaben"; „ich höre noch Stimmen, wo recht tut und der Schaden sitzt oben" sind ähnliche, bereits in das Gebiet der Sprachverwirrtheit hineinreichende und ganz den Reden des Traumes gleichende Äußerungen. Wir dürfen daher wohl annehmen, daß es sich hier nicht nur um Störungen des Gedankenganges, sondern auch um solche des sprachlichen Ausdrucks handelt. Dafür spricht ferner der Umstand, daß vielfach Klangspielereien und Wortneubildungen zur Beobachtung kommen; manche Kranke sprechen in selbstgemachter

Sprache. Auf die Verwandtschaft mit der sensorischen Aphasie könnte die Redseligkeit und der Wortreichtum der Kranken hindeuten. Am stärksten pflegt die Zerfahrenheit hervorzutreten, wenn die Kranken längere Reden halten und in Erregung geraten, während sie einfache Fragen oft ganz richtig beantworten.

Über ihre Lage und ihre Umgebung sind die Kranken vielfach im unklaren. Sie verkennen die Personen, belegen sie mit ganz willkürlichen Bezeichnungen. Sie sind in einem „Hause für einen Mistkönig", sind „wegen katholischer Kirchenbeleidigung da", haben „eine religiöse Sache", „müssen Geschäfte machen". Ihre Stimmung ist wechselnd, vielfach selbstbewußt, läppisch, heiter, aber reizbar; es kommt leicht zu heftigen, rasch verpuffenden Erregungen. Die tieferen Gefühlsbeziehungen sind abgestumpft; die Kranken kümmern sich nicht um ihre Umgebung, bleiben gleichgültig beim Besuche ihrer Angehörigen, zeigen weder Interesse noch Ausdauer bei der Arbeit.

Auch hier begegnen uns regelmäßig mannigfache Willensstörungen. Einzelne Kranke bieten Befehlsautomatie, Katalepsie, Echoerscheinungen dar. Andere sind ablehnend, unlenksam, verweigern zeitweise die Nahrung, verstummen, verkriechen sich im Bett, weichen bei Annäherung zurück, drängen sinnlos fort, reden vorbei, geben die Hand nicht; „ich kann nicht mehr verkehren mit Ihnen", erklärte ein Kranker; „es hat keinen Wert, die Pfoten zu geben", sagte ein anderer. Am häufigsten aber sind Manieren aller Art, Gesichterschneiden, absonderliche Haltungen, Knieen, gezierte Bewegungen, rhythmisches Wiegen, Auf- und Ablaufen, Kopfschütteln, Kratzen, einförmige Gebärden, Speicheln, Lecken, Schmatzen, Wischen, Aufkreischen, schrilles Singen, abgehackte Sprache, Lispeln, Fistelstimme, Flüstern, triebartiges Lachen, unflätiges Schimpfen, merkwürdige Frisuren und Trachten, eigentümliche Rechtschreibung. Viele Kranke sind unsauber; manche suchen zahllose Male den Abort auf.

In einer weiteren Gruppe von Endzuständen fällt vor allem der Verlust der gemütlichen Regungen ins Auge, so daß wir hier von einer „stumpfen Verblödung" sprechen können. Sinnestäuschungen und Wahnbildungen spielen hier nur eine geringe Rolle. Manche Kranke geben auf Befragen zwar an, daß sie noch dasselbe hören wie früher, „unsaubere Sachen", „den bösen Feind", aber

sie sprechen von selbst nicht mehr darüber; andere „haben das Stimmenhören vergessen“ oder hören nur ganz gleichgültige Dinge. Hier und da äußern die Kranken, daß sie beeinflußt, vergiftet, daß die Adern, der Hirnschädel gesprengt, die Eltern enthauptet werden, daß nachts probiert, gehurt wird, daß man ihnen Menschenfleisch gibt, daß sie mit dem Herrgott verkehren, aber solche Vorstellungen werden nicht weiter verarbeitet und gewinnen keinen bestimmenden Einfluß auf das Verhalten der Kranken. Die Umgebung wird in der Regel richtig aufgefaßt, wenn die Kranken auch wenig Neigung haben, sich über Personen und Ereignisse irgendwie Rechenschaft zu geben. Vielmehr leben sie stumpf und teilnahmlos dahin, kümmern sich nicht um ihre Angehörigen, denken nicht über ihre Lage nach, äußern weder Wünsche noch Hoffnungen oder Befürchtungen. Die wenig ausgeprägte Färbung ihres Stimmungshintergrundes ist dabei bald mehr düster, ängstlich oder weinerlich, bald mehr diejenige einer leeren Heiterkeit mit häufigem Grinsen oder Lachen. Oft wird aber die stumpfe Gleichgültigkeit zeitweise ohne erkennbaren Anlaß durch heftige Erregungen mit verwirrtem Schimpfen und Neigung zu plötzlichem Zerstören und selbst zu ernsten Gewalttaten unterbrochen, über deren Ursachen die Kranken keine Auskunft zu geben vermögen; er habe zu viel Blut, meinte ein Kranker. Diese Zustände können mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehren.

Sehr schwere Störungen zeigen die Willensäußerungen der Kranken. Meist sind sie still, wortkarg oder ganz stumm, sitzen in den Ecken herum, bleiben stehen, wohin man sie schiebt, gehen nicht aus dem Bette. Sie drängen nicht fort, sind bereit, dazubleiben, bis man sie holt, haben nicht den Plan, noch irgend etwas anzufangen. Dagegen sind sie oft imstande, einfache Arbeiten, Holzsägen, Karren, Schaufeln, mit großer Ausdauer zu verrichten, wenn sie dazu angestellt werden. Namentlich rhythmisch ablaufende Handlungen werden von ihnen fortgesetzt, bis sie auf ein Hindernis stoßen, an dem sie dann versagen, bis man sie von neuem in Gang setzt. Haltung und Benehmen sind bald schlaff, nachlässig, bald steif, gebunden, die Bewegungen plump, linkisch, ungeschickt. Sehr häufig ist ausgeprägte Befehlsautomatie, die Weygandt[1]) in einem Falle noch nach 54 jähriger Dauer der Krankheit nachweisen konnte;

[1]) Weygandt, Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, 1904, 615.

ferner begegnen uns auch oft negativistische Züge. Die Kranken blicken bei der Anrede nicht auf, geben keine Antwort, starren vor sich hin, reichen die Hand nicht, weichen aus, hören von Zeit zu Zeit einige Tage auf, zu arbeiten, und verweigern die Nahrung, verkriechen sich unter die Bettdecke. Hier und da beobachtet man Vorbeireden oder ganz beziehungslose Antworten; ein Kranker erwiderte auf die Begrüßung: „Die Religionachtung darf nicht sein." Endlich fehlt es auch nicht an triebartigen und manierierten Handlungen, besonders in den immer wiederkehrenden Erregungszuständen. Die Kranken schneiden Gesichter, nehmen absonderliche Stellungen ein, machen stundenlang einförmige Bewegungen, spielen mit den Fingern, schlagen sich selbst ins Gesicht, geben den kleinen Finger oder die linke Hand, rutschen am Boden herum, rennen auf und ab, reiben und wischen, speicheln, schreien plötzlich auf, murmeln unverständlich vor sich hin. Meist beruhigen sie sich sehr rasch wieder, um dann in die alte Stumpfheit zurückzusinken.

Die Triebartigkeit und haltlose Bestimmbarkeit der Willensregungen ist das hervorstechende Kennzeichen derjenigen Endzustände, die wir als „läppische Verblödung" zusammenfassen; sie bilden den regelmäßigen Ausgang desjenigen klinischen Bildes, das wir früher unter der gleichen Bezeichnung umgrenzt haben. Sinnestäuschungen und Wahnbildungen fehlen hier häufig ganz. Dagegen besteht regelmäßig ein erheblicher Grad von Urteilsschwäche. Die Kranken haben gar kein Verständnis für die Art und den Umfang ihrer Störung wie für ihre wirkliche Lage, halten sich für gesund und leistungsfähig, wenn sie auch vielleicht manchmal noch an „Gedankenstauung" leiden. Sie wünschen ihren Beruf wieder aufzunehmen, begreifen nicht, warum man sie daran verhindert. Über ihre Umgebung und die in ihr sich abspielenden Vorgänge sind sie völlig klar, beurteilen freilich die Einzelheiten ganz schief, betrachten die Mitkranken als gesund, verwerten ihre Träume wie wirkliche Erlebnisse. Sie sind imstande, sich zu beschäftigen, schreiben Briefe und Eingaben, meist sehr einförmigen Inhalts, bisweilen in wörtlicher Übereinstimmung. Ihre Kenntnisse können leidlich gut erhalten sein, doch pflegt sich mit der Zeit immer auch eine gewisse geistige Verarmung einzustellen, da die Kranken mit dem Erlernten nicht zu arbeiten vermögen. Bei jeder Schwierigkeit,

deren Lösung selbständiges Nachdenken erfordert, pflegen sie in überraschender Weise zu versagen.

Ihre Stimmung ist regelmäßig zuversichtlich, heiter, seltener und nur vorübergehend gedrückt, weinerlich. Meist sind die Kranken aber leicht erregbar, geraten plötzlich in lebhafte Wallung und in rasch vorübergehende Wutanfälle, bisweilen mit periodischer Wiederkehr. Sehr auffallend pflegt der Mangel an Feingefühl zu sein, der den Kranken völlig die Rücksichten auf seine eigene Würde wie auf die Empfindungen seiner Umgebung vergessen läßt. Ebenso fehlen ihm sowohl die Voraussicht über die Lebensereignisse und die Wirkungen seiner Handlungen wie die Fähigkeit, irgendeinen Plan folgerichtig durchzuführen. Sein ganzes Gebaren trägt den Stempel kindischer Unüberlegtheit und Kopflosigkeit. Er plaudert ungeniert über seine zartesten Angelegenheiten, gebraucht achtungverletzende Ausdrücke über seine Eltern und Vorgesetzten, stellt sich selbst in der unglaublichsten Weise bloß. Plötzlichen Einfällen folgt er unbedenklich, ist bald ohne weiteres bestimmbar, bald unbegreiflich eigensinnig. Seine Zeit füllt er mit zwecklosen Beschäftigungen aus. „Der Wille ist vorhanden, aber ich bring's nicht zusammen", meinte ein Kranker. Öfters besteht eine gewisse Unruhe, die den Kranken zu allerlei albernen Handlungen treibt. Er putzt sich abenteuerlich heraus, grunzt, tänzelt, heult, spielt mit Puppen, schmiert herum, schneidet Gesichter, schwatzt und schreibt viel, verfertigt abgeschmackte Reime, spricht in gezierten Wendungen, bildet absonderliche Wörter.

Bei einer weiteren Form der Endzustände, die wir als manierierte Verblödung bezeichnen wollen, stehen die absonderlichen Abwandlungen der Willenshandlungen im Vordergrunde des Krankheitsbildes. Meist sind hier auch noch Sinnestäuschungen und Wahnbildungen vorhanden. „Stimmen gibt's immer noch genug", sagte ein Kranker. Sie plagen ihn den ganzen Tag, rufen „Saubengel"; es kann vom Telephon kommen, oder es ist inneres Sprechen, Stimmbelästigung. Es finden nächtliche Beeinflussungen statt; im Ohr ist etwas Stickluft. Die Natur ist nicht rein; Martern werden verübt; man weiß, wie das zugeht, Totschlag, Zeugenvergiftung. Gestalten ziehen vom Himmel herunter; der Kranke wird von Hexen ermordet, bekommt das Fleisch der verbrannten Angehörigen zu essen. Er ist im Innern verbrannt, auseinander gesprengt, hat 5 Krankheiten,

muß sterben; das Herz ist gestohlen. Andere Kranke sind Johannes der Cherusker, Kaiser Rotbart, deutscher Kaiser, wollen Fürst der Welt, Staatsmann werden. Manche Kranke sind ganz verworren, verkennen die Personen, haben „keinen Sinn und Begriff mehr für nichts". Hier und da ist ein gewisses Krankheitsgefühl vorhanden. Die Kranken geben an, daß sie zerstreut in ihrem Geiste seien, sich nichts merken könnten, nicht viel Kopfgedanken haben, nicht mehr so zurückdenken. Frühere Krankheitserscheinungen werden bisweilen verleugnet; die Kranken wollen von den Stimmen nichts mehr wissen, „sprechen keine fremde Sprache mehr".

Die Stimmung der Kranken ist vielfach gehoben, selbstbewußt, häufig aber auch unwirsch und gereizt, seltener stumpf oder weinerlich. Die Kranken grinsen und lachen, geraten aber zeitweise in heftige Erregung, brechen in wüstes, unflätiges Schimpfen aus, werden plötzlich gewalttätig, zerstören. Ihr ganzes Benehmen wird beherrscht von absonderlichen Antrieben, die sie zur Ausführung sinnloser Handlungen, zu Abwandlungen, Entgleisungen und endlich zur Unterdrückung ihrer Willensäußerungen führen; sehr gewöhnlich bilden sich dabei auch Stereotypien heraus. Die Haltung der Kranken ist steif, gezwungen; ihre Bewegungen sind geziert, theatralisch, oft ruckweise und ungraziös. Sie nehmen unbequeme Stellungen ein, liegen auf dem Bauche, auf dem Gesichte, krümmen sich zusammen, halten sich den Kopf, pressen die Hand vor den Mund, schließen die Augen, strecken die Lippen rüsselartig vor. Sie laufen stundenlang im Kreise herum, schlagen sich selbst, berühren triebartig den Fenstergriff, tanzen herum, springen plötzlich durch das Zimmer, zerren sich an den Ohren, zupfen an den Mitkranken herum, verzehren Urin und Kot, kauen sich die Nägel ab, zerpflücken ihre Fingerspitzen, wiegen sich rhythmisch hin und her, spucken um sich, masturbieren, schmieren, schneiden Gesichter. Sie schmücken sich abenteuerlich aus, machen absonderliche Gebärden, gezierte Verbeugungen, gehen und essen in manierierter Weise, reichen den Daumen oder zwei Finger, schmatzen und schnalzen. Ein Bild von diesen Zuständen mögen die Figuren 183 und 184 geben, die einen auf einem Beine stehenden und herumhüpfenden, sowie einen in verschrobener Haltung dasitzenden Kranken darstellen[1]). Auch in den sprachlichen Äußerungen der

[1]) Ich verdanke sie wie das folgende Bild dem Herrn Kollegen Zierl in Irsee.

Kranken macht sich die Manieriertheit in der mannigfachsten Weise geltend. Die Kranken deklamieren, predigen, sprechen verwaschen, süßlich, mit geschlossenen Zähnen, lispelnd, in fremden oder selbstgemachten Sprachen, mit kindlicher Aussprache und Betonung; sie geben beziehungslose Antworten, fördern Klang- und Wortspielereien, verschrobene Ausdrücke und Wortneubildungen zutage. Ein Kranker meinte, er sei ein böser Welterzeuger; ein anderer äußerte: „Da unten ist die Höll'; die heißt Müller"; ein vierter sprach vom „Hexenbettelbubenbrennofen". Bei manchen Kranken läßt sich Befehlsautomatie nachweisen; viel häufiger



Fig. 183.
Hüpfender Kranker.



Fig. 184.
Kranker in verschrobener Haltung.

aber sind negativistische Züge. Ihre Arbeitsfähigkeit ist meist gering und pflegt sich auch im besten Falle auf mechanische Tätigkeit, Abschreiben, Stricken, Holzsägen und dergleichen zu beschränken.

Als letzte Form des durch die Dementia praecox bewirkten Siechtums betrachten wir die negativistische Verblödung, bei der die Erscheinungen des triebartigen Widerstrebens besonders stark hervortreten. Sie ist der vorigen Form nahe verwandt, da dort wie hier die verschiedenartigen Willensstörungen sich miteinander zu verbinden pflegen. Über Sinnestäuschungen oder Wahnbildungen

hört man von den Kranken wenig, wohl deswegen, weil sie überhaupt nicht geneigt sind, Angaben zu machen. Immerhin schimpfen manche Kranke über die Stimmen, die „gegen den Mann gehen", halten sich die Ohren zu, beklagen sich über „die Schinderei von dem Schinderbismarck". Andere verlangen „ihr Geld"; sie haben niemand zum Freund, sind erster Doktor, Christkind in der Krippe. Der Inhalt ihrer Reden ist meist verworren und zerfahren, namentlich, sobald sie in Erregung geraten; sie sind unklar über ihre Lage und ohne Verständnis für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Ihre Stimmung ist bisweilen scherzhaft, weit häufiger aber gereizt, mürrisch, selbst drohend; neben anfallsweisem Lachen treten heftige Schimpfausbrüche mit Neigung zu Gewalttätigkeit auf. Dabei sind die Kranken unzugänglich, abweisend, wortkarg oder ganz stumm, bisweilen jahrelang; sie schauen weg, wenn man sie anredet, widerstreben bei jedem Eingriffe, verweigern die Nahrung, weichen aus, drängen fort, stehen an einer bestimmten Türe, um hinauszustürmen, sobald sie geöffnet wird. Sie verstecken das Gesicht, kriechen unter die Bettdecke, sitzen mit geschlossenen Augen da, legen sich unter das Bett, dulden keine Kleider, stehen nackt oder im Hemde neben dem Bett oder liegen am Boden, nur in eine Decke eingewickelt. Manche Kranke flüstern leise, unverständlich vor sich hin, verstummen, sobald man ihnen zuhört; andere machen beim Gehen immer wieder einige Schritte rückwärts. Aufforderungen werden nicht befolgt, höchstens einmal mit leisem Kopfschütteln beantwortet: „Handgeben dürfen wir nicht", erklärte ein Kranker. Die Haltung der Kranken ist gewöhnlich eine starre, gebundene, bisweilen ganz vertrackte und wird lange Zeit gleichförmig festgehalten. Ein Beispiel dafür gibt die in Figur 185 abgebildete Kranke, die dauernd in der gleichen Stellung verharrte; ein Kranker bekam vom anhaltenden Ballen der Faust Druckbrand.

. Neben den negativistischen Erscheinungen finden sich regelmäßig noch Triebhandlungen, Stereotypien und Manieren. Die Kranken werfen das Essen oder ihre Schuhe fort, verschlucken Glas und Steine, stoßen sinnlose Laute oder tierische Schreie hervor, zupfen sich die Haare aus, springen mit großen Sätzen herum, um plötzlich wie eine Bildsäule stillzustehen. Sie reiben sich taktmäßig den Kopf, wackeln mit dem Rumpfe oder dem Fuße,

machen einförmige Fingerbewegungen, schütteln sich, stampfen auf, nicken, spucken. Andere liegen mit dem Bettzipfel oder den Fingern im Munde, nehmen absonderliche Stellungen an, geben den 4. Finger, stupfen im Essen herum, sprechen lispelnd, abgehackt, erfinden eine eigenartige Rechtschreibung. Auch hier ist die Arbeitsfähigkeit stets auf das schwerste geschädigt, wenn auch manche Kranke noch zu einfacher, maschinenmäßiger Tätigkeit erzogen werden können.



Fig. 185.
Kranke, dauernd ihren Kopf haltend.

Es muß zurzeit noch als fraglich bezeichnet werden, wie weit die hier geschilderten Endzustände im einzelnen Falle wirklich den letzten Abschnitt der Krankheitsentwicklung darstellen. Für den einfachen Schwachsinn, der eine Art Heilung mit Defekt bedeutet, ist es ohne weiteres einleuchtend und durch die Erfahrung vielfach bestätigt, daß früher oder später ein neuer Schub der Krankheit erfolgen und einen höheren Grad wie eine andere Form der Verblödung herbeiführen kann. Aber auch bei den übrigen Formen sind vielfach noch nach längeren Jahren Änderungen des Zustandsbildes möglich, meist im Sinne einer Verschlechterung. Namentlich dürfte das von dem halluzinatorischen Schwachsinn gelten. Weiterhin

sehen wir, wie früher geschildert, paranoide Krankheitsbilder nicht selten späterhin in negativistische oder manierierte Verblödung übergehen; ähnliches gilt von der läppischen Verblödung, deren Bild unter Umständen noch nach einem Jahrzehnt durch das Einsetzen von Stuporzuständen oder Erregungen wesentlich verändert werden kann.

Mehr dem Grade, als der Art nach veränderlich scheinen die faselige, die stumpfe und die manierierte Verblödung zu sein. Bei der negativistischen Verblödung endlich ist, solange noch ein ausgeprägter negativistischer Stupor besteht, mit der Möglichkeit einer weitgehenden Besserung zu rechnen, die hier und da noch nach jahrzehntlanger Dauer eintreten kann. Petrén berichtet über einen Kranken, der 9 Jahre mit der Sonde ernährt werden mußte, dennoch aber nach 11 jähriger Krankheit so weit wieder hergestellt war, daß er als Schneider für sich und seine Familie den Lebensunterhalt verdiente und nur noch eine gewisse Reizbarkeit zeigte. Es scheint demnach, daß dem Stupor Veränderungen zugrunde liegen, die noch sehr lange Zeit der Rückbildung zugänglich sind. Sehr schwierig aber ist es, im einzelnen Falle darüber klar zu werden, ob noch eine solche Möglichkeit besteht oder nicht. Immerhin scheint es, daß bei den endgültig unheilbar gewordenen Fällen die Stärke und namentlich auch die Promptheit der negativistischen Äußerungen auf Eingriffe erheblich nachläßt. Es liegt nahe, darin eine Lockerung des inneren Zusammenspiels zwischen Eindrücken, Antrieben und Willenshandlungen zu sehen, wie wir sie als eine grundlegende Störung in der Dementia praecox früher kennen gelernt haben.

Auch bei den übrigen Formen der Endzustände ist der Zeitpunkt schwer zu bestimmen, von dem an auf den Eintritt erheblicher Besserungen nicht mehr gerechnet werden kann. Im großen und ganzen werden die Aussichten um so ungünstiger sein, je mehr sich diejenigen Eigentümlichkeiten herausbilden, die wir bei der Schaar endgültig ungeheilter Fälle im Vordergrunde stehen sehen. Dahin gehört vor allem der Verlust der gemütlichen Regsamkeit, wie er die schwersten, in stumpfe Verblödung ausgehenden Formen des Leidens kennzeichnet; mit ihr fällt das Band fort, das an Wahrnehmungen und Gedanken ein folgerichtiges Handeln knüpft. Weiterhin ist anscheinend als ungünstiges Zeichen die Ausbildung von feststehenden Manieren und Bewegungsstereotypen zu betrachten; sie sind ein

Zeichen dafür, daß der Einfluß der gesunden Willensregungen und Hemmungen auf das Handeln nicht mehr stark genug ist, um Nebenantriebe und Wiederholungsneigungen zu unterdrücken. Ganz besonders verhängnisvoll ist das Auftreten einfacher rhythmischer Bewegungen; sie scheinen nur dann vorzukommen, wenn durch sehr tiefgreifende Zerstörung der Willensmaschine niedere, stammesgeschichtlich alte Bewegungseinrichtungen eine gewisse Selbständigkeit gewinnen. Endlich sind wohl auch die periodischen, unvermittelten Erregungen und Verstimmungen von übler Bedeutung, da sie sich in den unheilbaren Endzuständen überaus häufig einstellen. Auch sie dürften darauf hinweisen, daß die Ausgleichsvorrichtungen eine Störung erfahren haben, die sonst das Seelenleben von den Schwankungen der körperlichen Zustände einigermaßen unabhängig machen.

Wir kommen somit zu dem Schlusse, daß vornehmlich diejenigen Störungen den Eintritt unheilbarer Endzustände anzeigen, die den Verlust der Herrschaft über die Willensregungen bedeuten, sei es, daß die Triebfedern des Willens gebrochen sind, sei es, daß die Einrichtungen zerstört sind, die ein planmäßiges Zusammenarbeiten der einzelnen Willensregungen ermöglichen. Weit geringere Wichtigkeit möchte ich den reinen Verstandesstörungen zuschreiben. Sie scheinen dem Angriffspunkte des Krankheitsvorganges im allgemeinen ferner zu stehen und darum nicht sobald unheilbare Ausfallserscheinungen zu bedeuten. Nicht nur Sinnestäuschungen und unsinnige Wahnbildungen können sich vollkommen wieder verlieren, sondern auch die Zerfahrenheit des Gedankenganges, ja selbst ausgeprägte Sprachverwirrtheit. Nur dann, wenn unter Fortdauer dieser Störungen allmählich auch die gemütliche Regsamkeit schwindet, wird man die Hoffnung auf Ausgleich für sehr gering halten müssen.

Wesentlich erschwert wird die prognostische Beurteilung des einzelnen Falles durch den Umstand, daß es nicht immer leicht ist, sich über das Bestehen der oben angeführten Zeichen volle Sicherheit zu verschaffen. Gleichgültigkeit gegenüber den Vorgängen in der Umgebung kann auch durch Negativismus oder durch Benommenheit vorgetäuscht werden. Erst dann, wenn die Kranken trotz völliger Besonnenheit und ohne Zeichen des Negativismus gar keine Teilnahme mehr für ihre Mitkranken, ihre Angehörigen, ihren Beruf zeigen und Bedrohungen oder Widerspruch gegen ihre Wahnvor-

stellungen ganz gleichgültig hinnehmen, dürfen wir auf eine wirkliche Vernichtung der gemütlichen Regsamkeit schließen. Ebenso werden nur die lange Zeit hindurch festgehaltenen und völlig erstarrten Stereotypen und endlich nur diejenigen Verstimmungen und Erregungen für die Beurteilung der Heilungsaussichten zu verwerten sein, die ohne äußeren Anstoß annähernd regelmäßig plötzlich wiederkehren und nach ganz kurzer Dauer ebenso wieder verschwinden.

Nicht ohne Bedeutung für die Beurteilung der Sachlage ist vielfach auch das Verhalten des Körpergewichtes. Da dessen Ansteigen im allgemeinen ein Schwinden der akuten Krankheitserscheinungen bedeutet, so kann es entweder den Eintritt einer Besserung oder aber die Entwicklung eines endgültigen Schwächezustandes anzeigen. Die Entscheidung darüber, welche dieser beiden Möglichkeiten vorliegt, wird durch die Beobachtung des psychischen Verhaltens geliefert. Verbindet sich das Zurücktreten der bis dahin herrschenden Störungen mit einer Wiederkehr der gemütlichen Regsamkeit, Zugänglichkeit, Interesse für die Umgebung und die Angehörigen, Bedürfnis nach Beschäftigung, so darf man auf eine günstige Wendung des Krankheitsverlaufes rechnen. Bleiben aber die Kranken trotz Zunahme des Körpergewichtes zerfahren, teilnahmlos, läppisch, manieriert, unzugänglich, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, daß die Krankheit zu einem endgültigen ungünstigen Abschlusse gelangt ist. Ob dem Verluste der psychischen Pupillenreaktion für den einzelnen Fall eine prognostische Bedeutung zukommt, muß zurzeit noch unentschieden bleiben. Jedenfalls gibt es verblödete Kranke genug, bei denen sie erhalten ist, während sie in anderen Fällen schon im Beginne des Leidens fehlt. Immerhin scheint ihr Erlöschen in den Endzuständen wesentlich häufiger zu sein. Zablocka gibt an, daß auch Verschiedenheit der Pupillen eine gewisse ungünstige Bedeutung zu haben scheine.

Legen wir uns endlich die Frage vor, durch welche Umstände der Ausgang der Krankheit bestimmt wird, so ist offenbar in erster Linie die klinische Form maßgebend. Räcke fand die Aussichten auf Wiederherstellung bei weitem am günstigsten bei den von ihm abgegrenzten „subakut paranoiden Formen“, wesentlich ungünstiger bei den „depressiven“, noch schlechter bei den „erregt-verwirrten“ und bei den „stuporösen“ Formen. Gehen wir auf unsere Gruppie-

rung zurück, so haben wir früher gesehen, daß länger dauernde Besserungen vor allem bei den erregten und den katatonischen Formen beobachtet werden, also vorzugsweise bei den akut beginnenden und verlaufenden Erkrankungen, während die meist schleichend einsetzenden einfachen, läppischen und paranoiden Formen der Dementia praecox weit weniger Aussicht auf wesentliche Nachlässe der Krankheitserscheinungen darbieten.

Hinsichtlich des endgültigen Ausganges liegen die Verhältnisse etwas anders. Leichtere Grade des psychischen Siechtums sind zwar ebenfalls bei den erregten Formen ziemlich häufig, bilden aber auch oft den Ausgang depressiver Erkrankungen und der einfachen schleichenden Verblödung; ferner dürfen wir wohl auch den halluzinatorischen Schwachsinn und wenigstens einen Teil der paranoiden Schwächezustände als verhältnismäßig günstige Ausgangsformen ansehen. Dagegen pflegen die katatonischen Erkrankungen, die läppische Verblödung und die erste Gruppe der paranoiden Formen häufiger schweres psychisches Siechtum im Gefolge zu haben. Engere Beziehungen zwischen der klinischen Form und bestimmten Endzuständen lassen sich kaum nachweisen. Immerhin scheint sich die stumpfe Verblödung am häufigsten aus den läppischen, einfach depressiven und erregten Formen herauszuentwickeln, während negativistische und manierierte Schwächezustände besonders den Ausgang der katatonischen, der depressiv-stuporösen und gewisser paranoider Formen bilden. Den Stempel des Läppischen behalten diejenigen Erkrankungen auch in den Endzuständen, die mit ihm beginnen; die Zerfahrenheit scheint vorzugsweise den Ausgang der Erregungszustände zu kennzeichnen. Der halluzinatorische und paranoide Schwachsinn endlich kommt wesentlich als Abschluß paranoider Krankheitsbilder zur Beobachtung.

Nach Zablockas Aufstellungen würde namentlich das Auftreten von länger dauernder Stummheit und von Stereotypien die Wahrscheinlichkeit tieferer Verblödung anzeigen, ebenso schleichender Beginn des Leidens. Andererseits gibt Bleuler an, daß Fälle mit weitgehenden Besserungen nach dem ersten Krankheitsanfalle späterhin selten tief verblöden. Seine weitere Aufstellung, daß akute Formen mehr Neigung zu ganz schweren Endzuständen zeigen, kann ich für die katatonischen Erkrankungen durchaus, für die Erregungszustände nur mit der Einschränkung bestätigen, daß hier neben der häufigen

stumpfen, manierierten oder faseligen Verblödung doch auch recht oft der Ausgang in einfachen Schwachsinn beobachtet wird.

Von weiteren Einflüssen, die für den Ausgang der Krankheit Bedeutung gewinnen können, wäre derjenige der Veranlagung zu erwähnen, während äußere Ursachen jedenfalls keine maßgebende Rolle spielen. Bleuler hält diejenigen Fälle für ungünstiger, in denen von Jugend auf abnorme Eigenschaften hervortraten, und auch Zablocka findet für sie eine stärkere Neigung zu schwerer Verblödung. Das wird erklärlich, wenn man annimmt, daß in solchen Fällen durch die minderwertige Anlage entweder eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen den Krankheitsvorgang besteht, oder daß dieser selbst schon in schleichender, bis in die Kindheit zurückreichender Entwicklung jene Abweichungen erzeugt hat. Mehr für letztere Auffassung würde Bleulers Angabe sprechen, daß die erbliche Belastung keinen Einfluß auf die Prognose ausübe. Andererseits berichtet Mattauschek, daß die Dementia praecox bei Slawen und Juden ungünstiger verlaufe, als bei der deutschen Bevölkerung.

Von entschiedenem Einflusse auf die Gestaltung des Krankheitsverlaufes ist das Lebensalter der Kranken. Die in den Entwicklungsjahren einsetzenden Formen sind vorzugsweise Erregungszustände, besonders solche mit periodischem Verlaufe, sodann einfach-depressive Formen und gewiß auch schleichende Verblödungen (Dementia simplex), Krankheitsbilder, die im allgemeinen zu milderem Verlaufe neigen. Etwas später finden die läppische Verblödung und die katatonischen Erkrankungen ihre größte Häufigkeit, also Formen, die entschieden als schwere anzusehen sind. Noch später entwickelt sich die Depression mit Wahnbildungen, ebenfalls eine Form mit vorwiegend ungünstigem Verlaufe. In wesentlich höherem Alter endlich treten dann die paranoiden Erkrankungen auf, die einerseits nicht allzu häufig zu den schwersten Formen des geistigen Siechtums führen, andererseits aber auch sehr wenig Neigung zu wesentlichen Besserungen des einmal ausgebildeten Krankheitszustandes zeigen. Man könnte somit etwa sagen, daß hier mit fortschreitendem Alter zwar allmählich die Fähigkeit abnimmt, die durch die Krankheit erzeugten Schädigungen wieder auszugleichen, daß aber zugleich deren Zerstörungswerk weniger tief einzugreifen scheint.

Auch zwischen Geschlecht und Gestaltung des Krankheitsbildes

scheinen gewisse Beziehungen zu bestehen. An der ungünstigen Form der läppischen Verblödung sind die Männer etwas mehr beteiligt; umgekehrt neigen die Frauen in stärkerem Maße zu paranoiden Erkrankungen, ein Umstand, der mit der größeren Häufigkeit paranoider Krankheitsbilder im weiblichen Rückbildungsalter überhaupt im Zusammenhang stehen dürfte. Noch stärker überwiegen die Frauen bei den periodisch verlaufenden Erregungszuständen, doch sind die Zahlen hier vorderhand viel zu klein; man könnte sonst bei diesen, in jugendlichem Alter einsetzenden Formen an eine Beeinflussung durch die beim Weibe so stark ausgeprägte Neigung zu periodischem Ablaufe normaler wie krankhafter Vorgänge denken.

Die *Zeit*, innerhalb derer sich die Entwicklung eines unheilbaren Endzustandes vollzieht, schwankt natürlich in sehr weiten Grenzen. Einmal läßt sich oft genug der eigentliche Beginn der Krankheitserscheinungen nur sehr schwer feststellen, da allerlei schleichende Veränderungen schon seit Jahren sich unmerklich herausgebildet haben. Sodann aber können, wie früher ausgeführt, weitgehende und lange andauernde Besserungen den Verlauf der Krankheit außerordentlich verlangsamen. Endlich aber ist es vielfach kaum möglich, den Zeitpunkt auch nur einigermaßen abzugrenzen, an dem der endgültige Abschluß der Verblödung erfolgt ist. Streng genommen, wird man hier nie ganz sicher sein, da wohl immer noch Änderungen des Zustandes, allerdings meist zum schlechteren, eintreten können. Trotz dieser Schwierigkeiten kann man doch vielleicht soviel sagen, daß in der Regel, wenn keine wesentlichen Besserungen dazwischen kommen, in längstens 2—3 Jahren nach dem Einsetzen der auffälligeren Krankheitserscheinungen ein Schwächezustand zur Ausbildung gelangt ist, der sich nur noch langsam und unerheblich zu ändern pflegt. Oft genug treten aber auch die unverkennbaren Zeichen der Verblödung schon innerhalb des ersten Jahres, ja sogar nach wenigen Monaten hervor; allerdings wird sich dabei immer eine längere Vorbereitungszeit nicht ausschließen lassen. *Albrecht* gibt an, daß von seinen hebephrenischen Kranken 27%, von den katatonischen 19% ihren Endzustand innerhalb des ersten Jahres erreichten.

Das *Leben* wird durch die Dementia praecox nur in geringem Maße bedroht. *Kerner* kommt auf Grund von Untersuchungen

in der Anstalt Rheinau zu dem Schlusse, daß die Sterblichkeit der Kranken mit Dementia praecox etwas größer sei, als diejenige der gleichaltrigen gesunden Bevölkerung. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Kranken einerseits in der Anstalt vor vielen Schädigungen des Lebens, Daseinskämpfen, Alkoholismus, Lues, Unglücksfällen in hohem Grade geschützt sind und ein gleichmäßiges, von ärztlicher Fürsorge ständig überwachtes Leben führen, daß aber andererseits die Gefangenschaft mit dem geringen Spielraum, den sie der Übung der Kräfte gewährt, die Spannkraft des Körpers wesentlich herabsetzt, und daß die Kasernierung die Entwicklung der Tuberkulose begünstigt. Weit stärker aber fällt wohl der Umstand ins Gewicht, daß durch das psychische Leiden selbst Bedingungen geschaffen werden, die geeignet sind, die Sterblichkeit zu vergrößern. Die stumpfen und negativistischen Verblödungen, namentlich aber die oft jahrelang dauernden Stuporzustände bewirken mehr oder weniger vollständige körperliche Untätigkeit mit Darniederliegen der Lungen- und Herzarbeit wie des gesamten Stoffwechsels; noch dazu sperren sich die Kranken durch Verkriechen unter die Decke und starres Widerstreben gewaltsam von dem Genusse frischer Luft ab, nehmen oft auch sehr unregelmäßig oder in unzweckmäßiger Auswahl Nahrung zu sich, wenn sie nicht gar lange Zeit hindurch mit der Sonde ernährt werden müssen. Andere Gefahren drohen aus der Unmöglichkeit, körperliche Leiden wegen der Unruhe oder des Widerstrebens der Kranken zweckmäßig zu behandeln, aus zufälligen Verletzungen in den Erregungszuständen oder aus Selbstbeschädigungen, die sich die Kranken zufügen. Die furchtbarsten, oft mit unglaublicher Schnelligkeit und Tatkraft durchgeführten Selbstverstümmelungen, Ausreißen der Augen, der Zunge, Selbstkastration, kommen gelegentlich gerade bei unseren Kranken zur Beobachtung. Auch unvermutete Selbstmorde sind namentlich in den ersten Abschnitten des Leidens nicht selten, kommen aber bisweilen ohne irgend erkennbaren Anlaß auch bei längst schwachsinnig gewordenen und anscheinend beruhigten Kranken vor.

Endlich aber kann unter Umständen auch der Krankheitsvorgang als solcher zum Tode führen. Einmal beobachtet man, wenn auch selten, daß sich bei schweren und lange andauernden Erregungszuständen allmählich eine unaufhaltsam fortschreitende Ent-

kräftung einstellt, die auch dann nicht weicht, wenn die Kranken ruhiger werden und reichlich Nahrung zu sich nehmen. Schließlich erfolgt unter äußerster Herzschwäche und starkem Sinken der Eigenwärme der Tod, ohne daß die Leichenöffnung irgendeine greifbare Organerkrankung aufweist. Man pflegt hier von einer Erschöpfung zu sprechen, die durch die Unruhe, die schwere Schlafstörung und die unregelmäßige Nahrungsaufnahme bedingt gedacht wird. Da wir aber weiterhin eine Ursache annehmen müssen, die alle jene Störungen erzeugt, wird doch auch mit der Möglichkeit zu rechnen sein, daß eben jene Ursache unmittelbar das Leben bedroht, etwa durch tiefgreifende Schädigung des Körperhaushalts. Weniger unsicher ist die Verursachung des Todes durch den Krankheitsvorgang selbst in jenen, etwas häufigeren Fällen, in denen der Tod der Kranken auf der Höhe eines schweren Erregungszustandes unter den Erscheinungen der Hirnreizung mit Krämpfen oder Lähmungen erfolgt, bisweilen in statusartiger Häufung von Anfällen. Nach den Untersuchungen Reichhardts ist es wahrscheinlich geworden, daß wir es dabei mit einer akuten „Hirnschwellung" zu tun haben, mit rasch einsetzenden Veränderungen der Hirnmasse, die eine Volumenvergrößerung und damit das Auftreten tödlichen Hirndruckes bedingen. Hier und da kommen plötzliche Todesfälle[1]) auch im Stupor oder in den Endzuständen vor, bald unter dem Bilde des katatonischen Anfalls, bald ohne irgend auffällige Erscheinungen. Fankhauser fand in einigen Fällen letzterer Art einen Status lymphaticus.

Der Leichenbefund[2]) läßt bei der Dementia praecox für die gröbere Betrachtung keine auffallenderen Veränderungen des Schädelinhalts erkennen; nur wird hier und da über Verdickung und Ödem der Pia berichtet, letzteres offenbar als Ausdruck agonaler Vorgänge. Dagegen hat sich gezeigt, daß wir es in der Hirnrinde mit schweren und ausgedehnten Erkrankungen des Nervengewebes zu tun haben. In einigen Fällen, die unter dem Bilde des Delirium acutum zugrunde gingen und von ihm der Katatonie zugerechnet werden,

---

[1]) Giannelli, Rivista di patologia nervosa e mentale XIII, 4.

[2]) Alzheimer, Centralbl. f. Nervenheilk., 1900, 296; De Buck et Deroubaix, Le névraxe VII, 2, 163; Zalplachta, Revista stintelor medicale 1906, 7—10; Agostini, Sull' anatomia patologica dei centri nervosi della demenza primitiva. 1907; Goldstein, Archiv f. Psychiatrie XLVI, 1062; Wada, Obersteiners Arbeiten XVIII, 313.

hat Alzheimer tiefgreifende Veränderungen an den Rindenzellen, besonders der tiefen Schichten, beschrieben. Die Kerne erschienen hochgradig aufgebläht, die Kernmembran stark gefaltet, der Zellleib bedeutend geschrumpft mit Neigung zum Zerfall. Ähnliche Befunde sind dann späterhin vielfach erhoben worden, auch in Fällen, die nach längerem psychischem Siechtum an anderen Krankheiten zugrunde gegangen waren. Nissl sah regelmäßig ausgedehnte Zellerkrankungen, die zu erheblichen Ausfällen geführt hatten, ohne doch jene starke Verzerrung und Schrumpfung der Rinde zu bedingen, wie wir sie bei der Paralyse kennen gelernt haben. In alten, zum Abschlusse gelangten Fällen fand Alzheimer in weiter Ausbreitung Zellveränderungen, die als Endzustände schwerer, abgelaufener Erkrankungen aufgefaßt werden müssen, namentlich sklerotische Formen. Sehr häufig fanden sich Einlagerungen lipoider Abbaustoffe in den verschiedenartigen Gewebszellen, auch schon bei ganz jugendlichen Personen. Auffallend oft wurden Gruppen von Nervenzellen beobachtet, in denen die basalen Fortsätze durch Fettanhäufung unförmlich aufgetrieben erschienen. Endlich konnten auch diffuse Ausfälle von Rindenzellen festgestellt werden. Alle diese schwersten Krankheitsreste ließen sich ganz vorwiegend in der zweiten und dritten Rindenschicht nachweisen. Wada gibt ebenfalls an, daß die großen Pyramidenzellen verhältnismäßig schwächer betroffen werden. Sioli konnte im Zusammenhange mit dem Untergange der Zellen eine starke Ansammlung von lipoiden Zerfallstoffen in der Rinde nachweisen, im Gewebe und namentlich um die Gefäße herum. Die Fibrillen fand er oft noch gut erhalten; Moriyasu sah sie vielfach zerfallen. Wada berichtet, daß die extracellulären Fibrillen schwer verändert sind, und Goldstein erklärt, daß namentlich die stärkeren Fibrillen geschädigt werden.

Die Glia nimmt an den Krankheitsvorgängen lebhaften Anteil. In den akuten Fällen sah Alzheimer Auftreten von amöboider Gliawucherung, Anhäufung von Gliazellen um die Nervenzellen herum und krankafte Neubildung von Fasern, welche die Zellen in eigentümlicher Weise „umklammerten". Nissl beobachtete, namentlich in den tieferen Rindenschichten, zahlreiche, in Rückbildung begriffene, mächtige Gliazellen, wie sie unter normalen Verhältnissen nur im Rindensaume vorkommen. Besonders auffallend waren ferner überall Gliazellen mit kaum gefärbtem Zelleib und

bläschenhaftem, eigentümlich blassem, sehr großem Kern, die vielfach an die erkrankten Nervenzellen dicht angelagert, ja in dieselben hineingedrängt erschienen, meist an der Basis, wie die gewöhnlichen Trabantkerne, aber auch an anderen Stellen. Auch diese Gebilde ließen sich ganz vorzugsweise in der inneren Zone der Markleistenschicht nachweisen. Nach Siolis Mitteilungen zeigen die Gliazellen in der ersten Rindenschicht, sodann in der Tiefe der Rinde und im Mark, starke Neigung zu krankhafter Faserbildung und Vergröberung des Protoplasmas; im Mark fanden sich reichlich amöboide Gliazellen. Eisath sah ebenfalls vermehrte Faserbildung, Dunkelfärbung der Gliakerne, in den tieferen Schichten Vermehrung der Gliakörnchensubstanz, spärliche, sichelförmige Trabantzellen mit pigmentösem Zerfall, im Marke schmächtige, atrophische Gliazellen und bald Vermehrung, bald Verminderung der Faserbildung.

Die Markfasern erscheinen nach den Befunden von Goldstein sowie von De Buck und Deroubaix etwas gelichtet, besonders im supraradiären Flechtwerk; Goldstein, Agostini, Gonzales, Moriyasu, Klippel und Lhermitte beschreiben leichte Faserausfälle in den Strängen und Veränderungen an den Vorderhornzellen des Rückenmarks. Von einigen Untersuchern, Obregia, Klippel und Lhermitte, Doutrebente und Marchand wurden auch Veränderungen an den Gefäßen gefunden, Gefäßneubildung, Wucherung der Gefäßzellen. Da die Gefäße jedoch in der Regel an dem Krankheitsvorgange ganz unbeteiligt sind, haben wir es dabei wohl mit zufälligen, etwa durch Alter, Alkoholismus, Lues bedingten Nebenbefunden zu tun. Doutrebente und Marchand sahen zahlreiche Nervenzellen auf embryonaler Entwicklungsstufe; auch Agostini berichtet über Spuren von Entwicklungshemmungen und Resten kindlicher Erkrankungen. Mondio fand in 6 Fällen Windungsanomalien, die er als Entartungszeichen auffaßt. Schröder beschreibt unter gleichem Gesichtspunkte in einem Falle Verlagerung und Doppelkernigkeit von Purkinjeschen Zellen sowie synzytiale Bildungen an den Pyramidenzellen der Großhirnrinde.

Eine Vorstellung von den wichtigsten Befunden bei der Dementia praecox mögen die folgenden Abbildungen geben. Die ersten beiden Figuren stellen akute Veränderungen dar. In der Figur 186 sind eine Anzahl von Nervenzellen aus der Tiefe der Rinde wiedergegeben, die auf das dichteste von zahlreichen, an ihren dunklen Kernen

kenntlichen Gliazellen mit zum Teil sehr stark vergrößertem, protoplasmatischem Zelleibe umlagert sind. Die Verteilung der Abbaustoffe gibt die Figur 187 aus der Rinde eines im Anfalle plötzlich verstorbenen stuporösen Kranken wieder. Man erkennt zwei Gliakerne (g), um die herum sich strahlenförmig Ketten von feinen

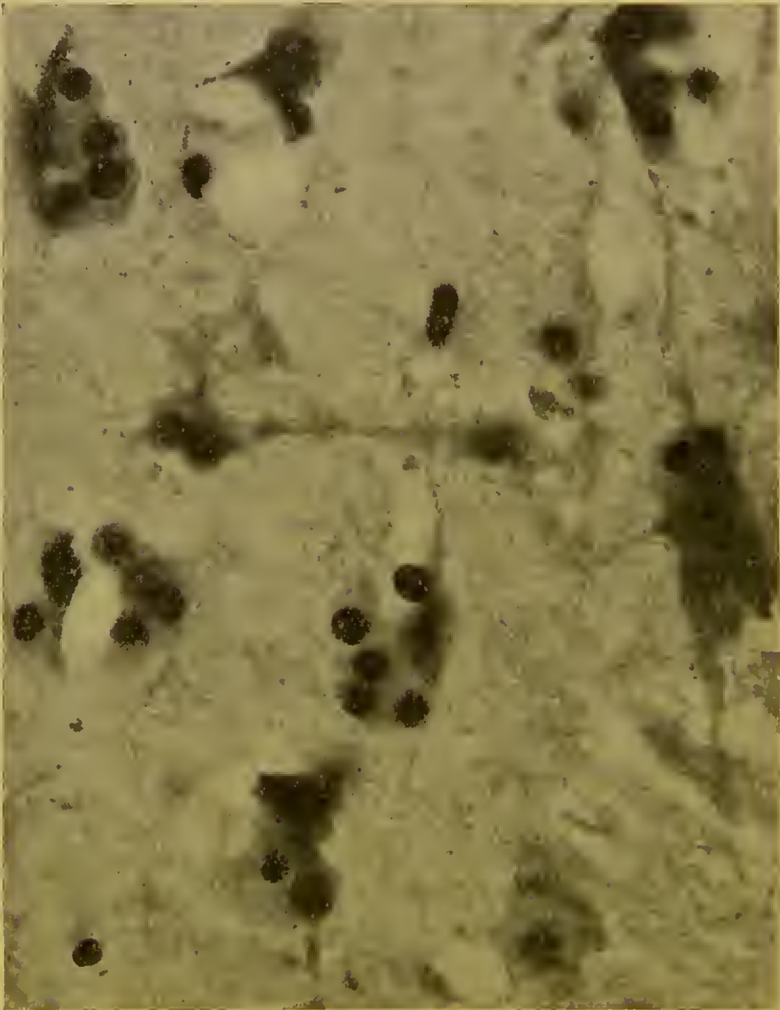


Fig. 186. Nervenzellen, von Gliakernen umlagert.

Körnchen gruppieren; es handelt sich um fibrinoide Granula, die sich in den weit verzweigten, sonst hier nicht erkennbaren Protoplasmaleibern der Gliazellen angesammelt haben. Der untere Gliakern liegt auf dem Kern einer noch andeutungsweise sichtbaren Nervenzelle (n) auf; auch in der Nähe des oben gelegenen Kernes findet sich eine Nervenzelle (n).

Die chronischen Veränderungen der Nervenzellen sind in den beiden folgenden Figuren wiedergegeben. Figur 188 stellt drei Nervenzellen aus dem oberen Teil der dritten Schichte eines gesunden Stirnhirns dar; daneben finden sich zwei normale Gliakerne. Dem gegenüber sieht man in Figur 189 drei Zellen aus einer entsprechenden Rindenstelle von einem Kranken, der nach langer Dauer einer Dementia praecox im 25. Jahre verstarb. Die verschmälerten, geschrumpften Zellen mit lang gezogenem, dunklem Kern und stark gefärbten Fortsätzen bieten das Bild der Zellsklerose dar; das netz-

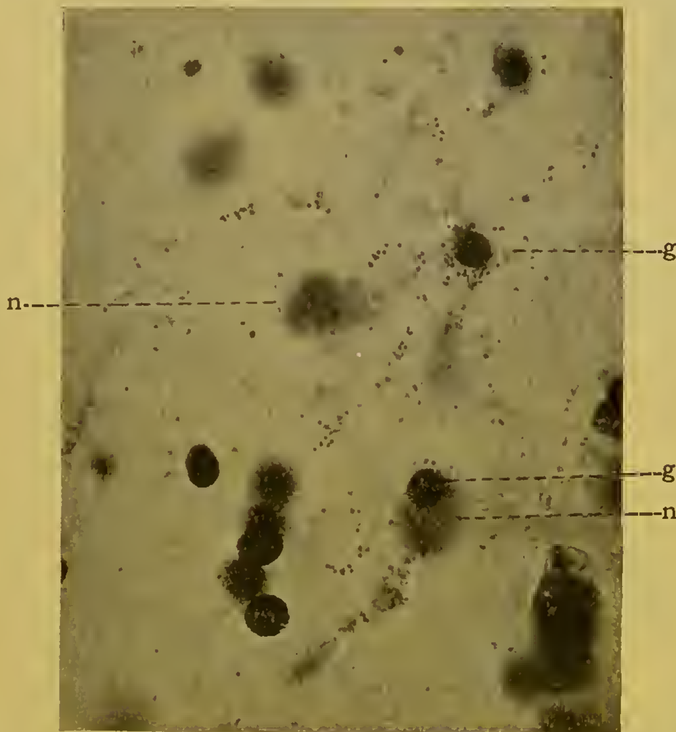


Fig. 187. Fibrinoide Granula in Gliazellen.

förmig angeordnete Gewebe enthält lipoide Abbaustoffe. Von den daneben liegenden Gliakernen ist der eine auffallend groß; die andern beiden sind klein und dunkel gefärbt (pyknotisch). Auch in Figur 190 und 191 sind gesunde und erkrankte Nervenzellen einander gegenübergestellt. In zwei der gesunden Zellen und einer der beiden zwischen ihnen liegenden Gliazellen finden sich nur wenige, feine lipoide Tröpfchen. Die Bilder stammen aus der dritten Schicht des Stirnhirns einer 37jährigen, geistig gesunden Frau. Dagegen sehen wir die kranken Zellen, die aus der Rinde eines 23jährigen, seit

5 Jahren an Dementia praecox leidenden Mannes entnommen sind, auf das hochgradigste verändert. Infolge der durch den Krankheitsvorgang bedingten Verzerrung des Rindenaufbaues stehen die Zellen zum Teil schief; ihre Kerne sind geschrumpft, verlängert, die Fortsätze weithin erkennbar. Vor allem aber sieht man den unförmlich aufgetriebenen Zelleib und auch die Fortsätze vollständig mit lipoiden Zerfallstoffen angefüllt. Auch hier begegnen uns zwei auffallend große und ein kleiner, dunkler Gliakern, deren sonst nicht sichtbarer Zelleib zahlreiche lipoide Körnchen aufweist.

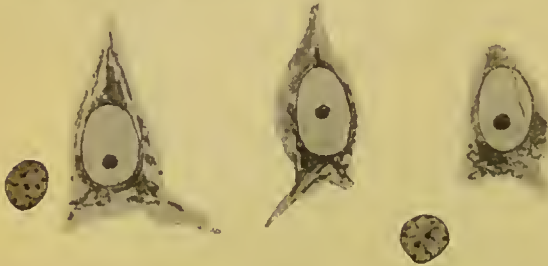


Fig. 188. Normale Nervenzellen mit Gliakernen.

Wie im klinischen Bilde der Krankheit kommen anscheinend auch im anatomischen Befunde zwei verschiedenartige Gruppen von Vorgängen zum Ausdrucke, einmal die durch das Leiden unmittelbar bewirkten krankhaften Störungen, sodann die in ihrem Gefolge zurückbleibenden Ausfälle. Zur ersteren gehören die Zellveränderungen, die Bildung von Zerfallstoffen, die Gliawucherungen, besonders das Auftreten amöboider Gliazellen, zu der letzteren der Untergang von Zellen und Fasern, die Absterbe- und Rückbildungserscheinungen an Nervengewebe und Glia, die Ablagerungen von Fett und Pigment. Je nachdem es sich um frische Erkrankungen beziehungsweise um akute Nachschübe des Leidens, oder aber um alte, längst abgelaufene Endzustände handelt, wird auch die Zusammensetzung der anatomischen Veränderungen eine verschiedene sein.



Fig. 189.
Sklerotische Nervenzellen bei Dementia praecox.

Daß die Ausfälle vorzugsweise in der zweiten und dritten Rindenschicht zu finden sind, wurde bereits erwähnt. Ob sie sich über weite Rindengebiete in gleichmäßiger Weise erstrecken, bleibt

noch zu erforschen; von einigen Untersuchern, Mondio, Zalplachta, Agostini, De Buck und Deroubaix, Dunton, Wada wird angegeben, daß sie das Stirnhirn und die Gegend der Zentralwindungen, auch den Schläfenlappen, stärker in Mitleidenschaft ziehen, als die Hinterhauptsrinde. Klippel und Lhermitte berichten auch über atrophische Veränderungen im Kleinhirn.

In den übrigen Organen des Körpers lassen sich im allgemeinen nur die durch die zufällige Todesursache bedingten Befunde erheben. Dide, der nach Veränderungen in den Geschlechtsdrüsen suchte, fand diese gesund, sah dagegen öfters fettige Entartung der Leber.

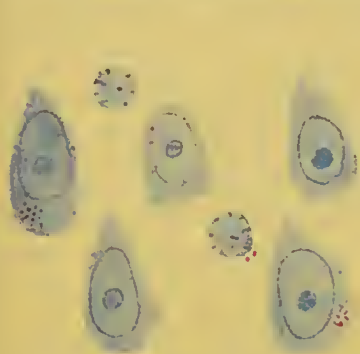


Fig. 190. Gesunde Nervenzellen.

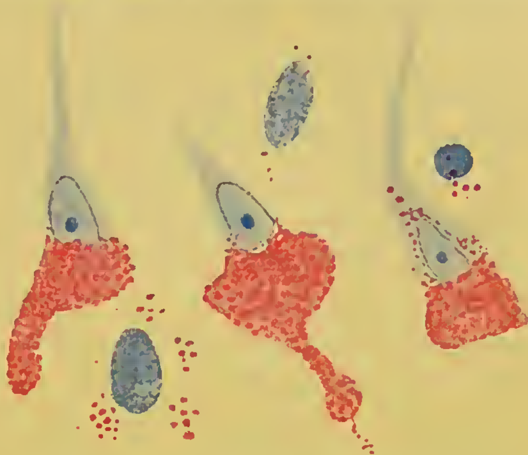


Fig. 191. Hochgradig erkrankte, mit lipoiden Abbaustoffen erfüllte Nervenzellen.

Benigni und Zilocchi beschreiben zwei Fälle mit ausgebreiteter Fettentartung in Leber, Nieren, Herz, Gefäßen, Schilddrüse, Hypophysis. Es muß vorderhand dahingestellt bleiben, ob derartigen Befunden irgendwelche weiter reichende Bedeutung zukommt.

Machen wir endlich noch den Versuch, die Beziehung der bisher erhobenen anatomischen Befunde zum klinischen Krankheitsbilde einer kurzen Betrachtung zu unterziehen, so könnte zwei Umständen Bedeutung zugemessen werden, der Verteilung der krankhaften Veränderungen auf der Rindenoberfläche und der verschiedenen Beteiligung der Rindenschichten. Wenn es sich bestätigen sollte, daß die Erkrankung vorzugsweise die vorderen Hirngegenden, die Zentralwindungen und den Schläfenlappen betrifft, so würde sich diese Ausbreitung einigermaßen mit unseren heutigen Anschauungen über den Sitz der bei der Krankheit in erster Linie geschädigten psychischen Verrichtungen vereinigen lassen. Es liegt doch aus mancher-

lei Gründen nahe, die beim Menschen besonders stark entwickelte Stirnhirnrinde in engere Beziehung zu seinen höheren Verstandesleistungen zu bringen, die bei unseren Kranken, im Gegensatze zum Gedächtnisse und den eingelernten Fähigkeiten, regelmäßig schwere Einbuße erleiden. Die vielfachen Willens- und Bewegungsstörungen, die zum Teil bis in das Zusammenspiel der Muskeln hineingreifen, werden uns an feinere Störungen in der Nähe der vorderen Zentralwindung denken lassen. Da es nicht zu Lähmungen oder echten apraktischen, auch wohl nur andeutungsweise einmal zu motorisch-aphasischen Störungen kommt, dürfen wir, obgleich darüber bisher keine Untersuchungen vorliegen, annehmen, daß die eigentlichen Auslösungsstätten der Bewegungen von der Zerstörung nicht betroffen werden. Dagegen deuten die eigenartigen, der sensorischen Aphasie ähnelnden Sprachstörungen und die eine so große Rolle spielenden Gehörstäuschungen wohl auf eine Beteiligung des Schläfenlappens hin. Auch hier kommt jedoch keine wirkliche Worttaubheit zustande, sondern nur eine Abschwächung des regelnden Einflusses der Klangbilder auf die sprachlichen Ausdrucksbewegungen, vielleicht auch eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen ersteren und den Sachvorstellungen; wir haben uns somit die Störung wesentlich verwickelter und weniger umschrieben zu denken, als bei der sensorischen Aphasie. Die ganz vorwiegend sprachlichen Inhalt aufweisenden Gehörstäuschungen haben wir wohl als Reizerscheinungen im Schläfenlappen zu deuten; es dürfte kein Zufall sein, daß wir sie regelmäßig neben der Sprachverwirrtheit und den Wortneubildungen beobachten. Die Erscheinungen des halluzinatorischen Nachsprechens und Gedankenlautwerdens weisen darauf hin, daß auch die Beziehungen zwischen Vorstellungsinhalt und Sinnesgebieten von eigentümlichen Störungen betroffen werden.

Da die Bedeutung der Rindenschichtung zurzeit noch fast ganz unbekannt ist, wird es kaum möglich sein, über den Einfluß des Sitzes der krankhaften Vorgänge in bestimmten Schichten Vermutungen aufzustellen, obgleich er gewiß für die Gestaltung des Krankheitsbildes nicht gleichgültig ist. Nach den ausgedehnten Erfahrungen Alzheimers dürfen wir annehmen, daß die dauernden Ausfälle an arbeitsfähigem Nervengewebe vorzugsweise die zweite und dritte Schicht der Rinde, also die kleineren Nervenzellen betreffen, wenn

auch in den akuten Abschnitten des Leidens ein stärkeres Befallensein der tieferen Schichten durch die dort besonders auffällige Gliawucherung vorgetäuscht wird. Dagegen liegen sowohl die ersten Endstätten der von den Sinnesorganen in die Rinde einstrahlenden Bahnen wie die großen motorischen Zellen, in die wir den Ursprung der dem Rückenmark zustrebenden Pyramidenbahnen verlegen, in der Tiefe der Rinde, deren Bau zudem auch noch am meisten demjenigen tierischer Hirnrinden ähnelt. In diesen Schichten werden sich daher vermutlich die Vorgänge abspielen, die einmal dem Auftauchen einer Sinnesempfindung, andererseits der Auslösung eines Bewegungsantriebes entsprechen oder sich ihnen zunächst anschließen.

Demgegenüber dürfen wir den oberen, kleinzelligen Schichten solche Leistungen zuschreiben, die höheren seelischen Entwicklungsstufen eigentümlich sind, da sie beim Menschen, namentlich im Stirnhirn, ihre stärkste Ausbildung erreichen. Wenn es auch nicht angeht, sich über diese Verhältnisse ins einzelne gehende Vorstellungen zu machen, so liegt es doch nahe, hier vor allem an den Vorgang der Abstraktion zu denken, der die Wahrnehmungen zu allgemeinen Begriffen, die sinnlichen zu höheren Gefühlen, die Antriebe zu dauernden Willensrichtungen umgestaltet. Diese abstrakten Schöpfungen der höheren Seelentätigkeit sind es, aus denen sich der Kern der geistigen Persönlichkeit zusammensetzt. Als dauernder Niederschlag der Lebenserfahrungen beherrschen sie das Denken, Fühlen und Wollen des Menschen für lange Zeiten und machen es bis zu einem gewissen Grade unabhängig von den Erlebnissen des Augenblicks, die durch sie Verstärkung, Dämpfung oder Berichtigung, unter Umständen auch Verfälschung erfahren. Es ist wohl nicht zu kühn, zu betonen, daß bei der Dementia praecox anscheinend gerade der Verlust jener dauernden Grundlagen des Seelenlebens, wie sie durch die Abstraktion geschaffen werden, das Krankheitsbild vielfach auf das stärkste beeinflußt, in der Zerfahrenheit des Denkens, im widerspruchsvollen Wechsel der Gefühlsregungen, in der Triebartigkeit des Handelns.

Die kleinzelligen Schichten erstrecken sich in ziemlich einförmigem Bau nahezu über die gesamte Hirnoberfläche. Die Vermutung liegt daher nahe, daß sie außer der Abstraktion, vielleicht im Zusammenhange mit ihr, die Aufgabe haben, allgemeine Be-

ziehungen zwischen den mehr an umgrenzte Gegenden gebundenen Leistungen der tieferen Schichten, insbesondere den sinnlichen Wahrnehmungen und den Willensantrieben, zu vermitteln. Die eigentliche seelische Verarbeitung der äußeren Erfahrung, ihre Angliederung an vergangene Erlebnisse, ihre kritische Beurteilung an der Hand der früher gewonnenen Maßstäbe, ihre Verknüpfung zu neuen seelischen Gebilden, zu Schlüssen, schöpferischen Ideen, könnte ebenso einem derart zusammenfassenden Organ zugeschrieben werden wie die abwägende Vorbereitung des Handelns, das Reifen von Entschlüssen auf Grund von Überlegungen. Es liegt auf der Hand, daß die hier genannten Leistungen vor allem als Grundlagen der inneren Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit des Seelenlebens angesehen werden müssen. Die Tatsache, daß die Wirkung äußerer Einflüsse wesentlich durch die dauernde Eigenart der betroffenen Persönlichkeit bestimmt wird, und daß umgekehrt das Handeln den Ausfluß der gesamten Lebenserfahrung darstellt, drängt uns notwendig zu der Annahme, daß auch das Organ unseres Seelenlebens Einrichtungen enthalten muß, die einen allgemeinen Zusammenhang aller psychischen Werkstätten untereinander vermitteln. Gerade die Zertrümmerung der seelischen Persönlichkeit, dieses inneren Zusammenspiels aller Teile des seelischen Mechanismus bei vielleicht noch überraschenden Einzelleistungen ist, wie früher dargetan, die eigentliche Grundstörung bei der Dementia praecox. Erweist sich Alzheimers Befund als ein regelmäßiger, so dürften wir aus ihm mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit schließen, daß in den kleinzelligen Schichten jene einheitliche Zusammenfassung der Seelenleistungen vor sich geht, deren Zerstörung die Dementia praecox kennzeichnet.

Diese Vermutung gewinnt eine wichtige Stütze in dem Umstande, daß bei unserer Krankheit die niederen seelischen Verrichtungen in der Regel verhältnismäßig wenig beeinträchtigt sind, entsprechend der geringeren Schädigung der tieferen Rindenschichten. Leidlich gut erhalten bleibt oft das rein sinnliche Auffassungsvermögen, die Erinnerung an Wahrnehmungen, ferner das eingelernte Wissen, die Fertigkeiten. Verloren geht dagegen das Urteil, die Kritik, die schöpferische Begabung, überhaupt die Fähigkeit zu höherer Verwertung des Wissens, das Können. Lust und Unlust empfinden die Kranken oft noch mit größter Lebhaftigkeit, aber der

Sinn für Schönheit, die Freude an der Erkenntnis, das Mitgefühl, der Takt, die Andacht schwinden ihnen ebenso wie die verständnisvollen, fortlaufenden Gemütsbeziehungen zu den Lebensereignissen. Auch Willensregungen von größter Stärke und Nachhaltigkeit können die Kranken zeigen, aber sie sind gänzlich unfähig, ihr Leben nach vernünftigen Grundsätzen einzurichten und einen überlegten Plan folgerichtig durchzuführen. Wir sehen somit auf allen Gebieten des Seelenlebens die stammesgeschichtlich alten Leistungen eine größere Widerstandsfähigkeit gegen den Krankheitsvorgang darbieten, als die den höchsten Entwicklungsstufen angehörenden seelischen Fähigkeiten, entsprechend der geringeren Schädigung der tieferen, mehr tierähnlichen Rindenschichten gegenüber denjenigen, die erst mit dem Auftreten der verwickeltsten Seelenleistungen zur Ausbildung gelangen.

Die Durchsichtigkeit dieses Verhältnisses wird dadurch etwas getrübt, daß die gute Erhaltung des Gedächtnisses das Fortbestehen einzelner viel geübter Fähigkeiten ermöglichen kann. Wir dürfen wohl annehmen, daß der Sitz sowohl des sinnlichen wie des mechanischen Gedächtnisses vorzugsweise in den tieferen Rindenschichten zu suchen ist, dort in den Sinneszentren, hier in den Stätten, die das Zusammenspiel der Bewegungen vermitteln. Der früher erworbene Erfahrungsschatz vermag bis zu einem gewissen Grade die Zerstörung der höheren Leistungen zu verdecken, soweit eben die selbständige Seelentätigkeit durch eingelernte Fertigkeiten ersetzt werden kann. Gerade die Verstandesarbeit bedient sich vielfach der in sprachlicher Form festgelegten Vorstellungsverbindungen und Denkgewohnheiten, während auf den Gebieten des Gemütslebens und des Handelns in weit höherem Grade eine Anpassung an die besonderen Bedingungen des gegebenen Augenblickes erforderlich ist. Vielleicht liegt hierin ein wesentlicher Grund für die klinische Erfahrung, daß die Störungen der Dementia praecox hier früher und stärker hervorzutreten pflegen, als in den Verstandesleistungen.

Weiterhin aber wird durch die Zerstörung der einheitlichen, das gesamte Seelenleben zusammenfassenden und beherrschenden Persönlichkeit dem Einflusse stammesgeschichtlich alter Einrichtungen ein Spielraum freigegeben, den sie sonst niemals gewinnen können. Ich rechne hierhin namentlich die Regungen der Befehlsautomatie und des Negativismus, die nicht durch Überlegungen

oder Stimmungen ausgelöst werden, sondern regellos auftauchen oder schwinden. Auch die Stereotypie als allgemeiner Ausdruck der bahnenden Wirkung von Willensantrieben dürfte hierher gehören, ebenso die den tiefen Blödsinn kennzeichnenden rhythmischen Bewegungen. Endlich könnte man in den Manieren und Entgleisungen des Handelns die Folge mangelhafter Zielbewußtheit und Bestimmtheit der Willensantriebe sehen, die sie allerlei Nebeneinflüssen leichter zugänglich macht. Ähnlich sind die Wortneubildungen und die mannigfaltigen Störungen im Aufbau der Rede wohl auf die Lockerung der Verknüpfung zwischen abstrakter Vorstellung, Sprachlaut und Sprachbewegung wie auf mangelhafte Ausprägung der Sprechformel zurückzuführen, alles Störungen, die sich unter die oben besprochenen allgemeinen Gesichtspunkte ohne besondere Schwierigkeit unterordnen. In den gröbsten Umrissen ließe sich somit klinische Erfahrung und anatomischer Befund bei der Dementia praecox unter gewissen Voraussetzungen einigermaßen in Einklang bringen. Es muß natürlich der Zukunft überlassen bleiben, zu entscheiden, ob und wie weit derartige Erwägungen auch einer fortschreitenden Erkenntnis standhalten. —

Die Dementia praecox ist ohne Zweifel eine der allerhäufigsten Formen des Irreseins. Ihr Anteil an den Aufnahmen einer Irrenanstalt ist natürlich nicht nur nach der Umgrenzung des Krankheitsbildes, sondern namentlich auch nach den Aufnahmebedingungen sehr erheblichen Schwankungen unterworfen. Bei uns dürften ihr annähernd 10% der Aufnahmen angehören, während das Verhältnis in Heidelberg gegen 15% erreichte, weil dort durch erschwerende Förmlichkeiten eine große Zahl andersartiger, leichterer Erkrankungen ferngehalten wurde. Albrecht gibt die Häufigkeit für Treptow auf 29% an; in die eigentlichen Irrenanstalten gelangen eben nur die unbedingt anstaltsbedürftigen Kranken, zu denen die Fälle von Dementia praecox mit in erster Linie gehören. Da die Kranken weder schnell absterben, wie die Paralytiker, noch in größerer Zahl wieder entlassungsfähig werden, wie die manisch-depressiven Fälle, so sammeln sie sich allmählich in den Anstalten mehr und mehr an und drücken so dem gesamten Anstaltsleben sein eigentümliches Gepräge auf. In den Pflegeanstalten mit geringer Aufnahmeziffer kann der Anteil unserer Kranken am Bestande auf 70—80% anwachsen.

Über den Ursachen der Dementia praecox schwebt heute noch ein undurchdringliches Dunkel. Sicherlich bestehen gewisse Beziehungen zum Lebensalter. Die übergroße Mehrzahl der Erkrankungen setzt im 2. und 3. Lebensjahrzehnt ein; 57% der bei der klinischen Schilderung verwerteten Fälle begannen vor dem 25. Jahre. Diese starke Gefährdung des jugendlichen Alters führte Hecker zu der Bezeichnung Hebephrenie, „Jugendirresein", für die von ihm abgegrenzte Gruppe, und auch Clouston, der von einer „adolescent insanity" sprach, hatte dabei offenbar vor allem die Dementia praecox im Auge, wenn er sie auch noch nicht von den ebenfalls vielfach um diese Zeit beginnenden manisch-depressiven Erkrankungen abtrennte. Hecker war sogar geneigt, die Ausgänge seiner Hebephrenie geradezu als ein Stehenbleiben des gesamten psychischen Lebens auf der Entwicklungsstufe der Pubertätsjahre zu betrachten. In der Tat finden wir wenigstens bei der läppischen Verblödung so manche Züge wieder, die uns aus den gesunden Entwicklungsjahren wohlbekannt sind. Dahin gehört die Neigung zu ungeeigneter Lektüre, die naive Beschäftigung mit den „höchsten Problemen", die unreife „Schnellfertigkeit" des Urteils, die Freude an Schlagworten und klingenden Redensarten, ferner der unvermittelte Stimmungswechsel, die Niedergeschlagenheit und Ausgelassenheit, die gelegentliche Reizbarkeit und die Triebartigkeit des Handelns. Auch die Abgerissenheit der Gedankengänge, das halb gespreizte, großsprecherische, halb verlegene, scheue Wesen, das alberne Lachen, die unpassenden Scherze, die gezierte Sprechweise, die gesuchte Derbheit und die gewaltsamen Witze sind Erscheinungen, die beim Gesunden wie beim Kranken auf jene leichte innere Erregung hindeuten, mit welcher die Umwälzungen der Geschlechtsentwicklung einherzugehen pflegen. Dennoch werden wir aus diesen Ähnlichkeiten noch nicht auf ursächliche Beziehungen der Dementia praecox zur Pubertät schließen dürfen, da eine zeitliche Beschränkung des Leidens auf die Entwicklungsjahre durchaus nicht stattfindet.

Das umstehende Diagramm, Figur 192, gibt die Verteilung von 1054 Fällen auf die einzelnen Altersstufen wieder. Dabei fällt zunächst auf, daß der Beginn des Leidens für einen gewissen Prozentsatz der Beobachtungen in die ersten Lebensjahre verlegt wird. Es handelt sich hier um eine Gruppe von Kranken, bei denen schon

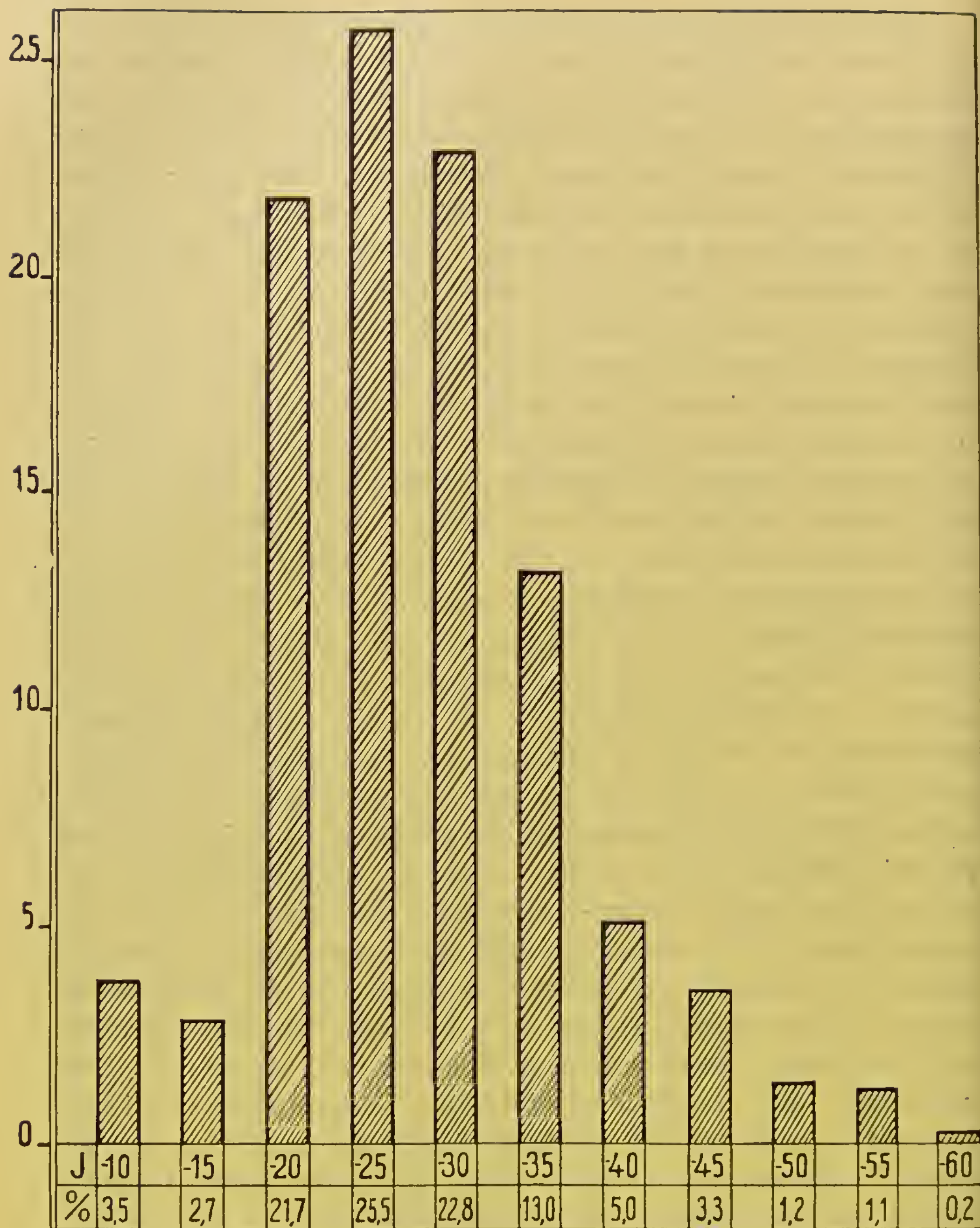


Fig. 192. Prozentische Verteilung von 1054 Fällen von Dementia praecox auf die einzelnen Altersstufen.

von Jugend auf ein erheblicher Grad von psychischer Schwäche besteht, wenn auch die auffallenderen Krankheitserscheinungen sich erst späterhin, etwa im dritten Lebensjahrzehnt, bemerkbar machen, um nunmehr zu stärkerer Verblödung zu führen. Da sich die

Dementia praecox dabei gewissermaßen auf eine schon bestehende Krankheit aufpfropft, sprechen wir in solchen Fällen von einer „Pfropfhebephrenie“. Das hier angenommene Verhältnis von 3,5% ist wahrscheinlich viel zu klein, da nur die schwersten derartigen Fälle ausgeschieden wurden. Leichtere Abweichungen der verschiedensten Art bestanden außerdem noch recht häufig, ein Umstand, auf den wir späterhin zurückzukommen haben. Schon jetzt muß indessen betont werden, daß die Feststellung des Zeitpunktes, an dem die Krankheit begonnen hat, bei der so häufig schleichenden Entwicklung oft recht unsicher und willkürlich ist. Wollte man in dieser Richtung einen sehr strengen Maßstab anlegen, so würde sich das ganze Altersdiagramm sicherlich nicht unerheblich gegen die jugendlicheren Altersstufen hin verschieben.

Die Abnahme des Prozentsatzes zwischen dem 10. und 15. Jahre ist insofern eine künstliche, als diese Zahl mit derjenigen der von Jugend auf bestehenden Pfropfhebephrenien nicht ohne weiteres vergleichbar ist. Von da ab sehen wir die Häufigkeit der Dementia praecox ungemein rasch ansteigen; mehr als $^2/_3$ der Fälle beginnen zwischen dem 15. und dem 30. Jahre, $^1/_4$ zwischen dem 20. und 25. Jahre. Dennoch kann von einer unverbrüchlichen Anknüpfung der Dementia praecox an das jugendliche Lebensalter keine Rede sein. Wir sehen die Stäbe des Diagramms zwar ziemlich schnell, aber doch regelmäßig abfallen und eine immerhin nicht unbeträchtliche Zahl von Fällen auch noch im 4., 5. und sogar 6. Lebensjahrzehnt zur Entwicklung gelangen.

Allerdings liegt hier angesichts des starken Überwiegens der jugendlichen Altersstufen der Einwand nahe, daß es sich bei den anscheinend spät einsetzenden Erkrankungen um Fälle handle, deren schleichender Beginn in Wirklichkeit viel weiter zurück zu verlegen sei, wenn auch die auffallenderen Krankheitserscheinungen sich erst nach Verlauf von vielen Jahren und selbst Jahrzehnten bemerkbar machten. Die allgemeine Berechtigung dieses Einwandes ist sicherlich zuzugeben. Ohne Zweifel kann sich, namentlich bei Landstreichern und Verbrechern, in jüngeren Jahren allmählich eine Umwandlung der Persönlichkeit herausbilden, deren Krankhaftigkeit erst viel später erkannt wird, wenn sich die bekannten Erscheinungen der Dementia praecox hinzugesellen, Gehörstäuschungen, Wahnbildungen, Erregungs- oder Stuporzustände, Zer-

fahrenheit, Manieren. Dennoch geht es schwerlich an, durch solche Erwägungen die Beteiligung der höheren Lebensalter an der Dementia praecox gewissermaßen zu beseitigen. Die Zahl der Fälle, deren Beginn mehr oder weniger weit zurückzuverlegen wäre, würde jedenfalls bis zum 40. und 45. Jahre so groß sein, daß wir ungemein triftige Gründe haben müßten, um ein solches Verfahren zu rechtfertigen. Derartige Gründe sind jedoch tatsächlich nicht vorhanden. Solange sich die von Hecker für die Hebephrenie vertretene Anschauung halten ließ, daß nahe ursächliche Beziehungen der Dementia praecox zur Geschlechtsreifung bestünden, konnte der Versuch gemacht werden, für die dieser Auffassung sich nicht fügenden Fälle eine andere Erklärung ausfindig zu machen oder sie abzutrennen. Die Erfahrung hat jedoch inzwischen gelehrt, daß die größte Häufigkeit der Erkrankungen in ein Alter fällt, in dem die geschlechtliche Entwicklung im wesentlichen abgeschlossen ist. Wird schon dadurch eine wirklich im engeren Sinne ursächliche Abhängigkeit der Krankheit von den Vorgängen der Geschlechtsreifung unwahrscheinlich, so ist weiterhin darauf hinzuweisen, daß wir auch das manisch-depressive Irresein sehr häufig zu Ende des zweiten oder im Beginne des dritten Lebensjahrzehnts einsetzen sehen, ein Umstand, der nur die Deutung zuläßt, daß in diesem Alter die Neigung zu psychischer Erkrankung überhaupt besonders groß ist.

Eine weitere Stütze erhält die hier vertretene Ansicht durch die Tatsache, daß, auch wenn wir zunächst von der Pfropfhebephrenie ganz absehen, schon in kindlichem Alter Erkrankungen vorkommen, die wir mit größter Wahrscheinlichkeit der Dementia praecox zurechnen dürfen. Ich habe vor langer Zeit die Vermutung geäußert, daß gewisse, nicht gerade häufige Formen der Idiotie mit ausgebildeten Manieren und Stereotypien Früherkrankungen an Dementia praecox sein könnten[1]). Weygandt hat diese Deutung abgelehnt, indem er ausführte, daß die erwähnten Erscheinungen lediglich das Hervortreten kindlicher Bewegungsformen bei Hemmung der höheren Willensentwicklung durch irgendeinen beliebigen Krankheitsvorgang bedeuten. Dieser, von mir selbst früher bereits entwickelten Ansicht kann ich zustimmen, soweit es sich um die eigentümlichen rhythmischen Idiotenbewegungen handelt. Auch den bei sehr schweren Verblödungen (Paralyse, Alzheimers

[1]) Masoin, Journal de Neurologie, 1902, 4.

Krankheit) auftretenden Saugreflex, ferner gewisse, bei jugendlichen Paralysen beobachtete, schnellende, wischende „Säuglingsbewegungen“ möchte ich in der angedeuteten Weise auffassen. Dagegen scheinen mir die gespreizten Manieren einzelner Idioten, ebenso manche damit sich verbindende Haltungs- und Bewegungsstereotypien, endlich dazu tretende negativistische Züge, dauernde ablehnende Unzugänglichkeit gegen alle Annäherungsversuche, durchaus keine Beziehungen zu allgemeinen kindlichen Eigentümlichkeiten zu besitzen, vielmehr dem wohlbekannten Krankheitsbilde der Dementia praecox anzugehören. Einer meiner Kranken hatte die Gewohnheit, immer wieder mit der Gabel auf den Teller zu stoßen, seinen Hut zu schwenken, den Bissen beim Essen stets von neuem einzutauchen, an seinem Brötchen herumzuschaben, alles 20—30 mal. Einen von Jugend auf blöden, stumpfen, unzugänglichen, aber sonst reinlichen Kranken von 23 Jahren, dessen Hände fortwährend gespreizte, sinnlose Bewegungen ausführten, stellt die Figur 193 dar. Volle Sicherheit über die Deutung derartiger Beobachtungen wird freilich erst die anatomische Untersuchung bringen können. Ich kann jedoch darauf hinweisen, daß in einem meiner Fälle, dessen Beginn bis in das vierte Lebensjahr zurückreichte, und in dem eine überaus kennzeichnende negativistische Verblödung zustande gekommen war, auch die Mutter das Bild der Dementia praecox darbot.



Fig. 193.
Idiot mit manierierten Bewegungen.

Neuerdings hat Sante de Sanctis[1]) unter dem Namen der „Demenza precocissima“ eine Reihe bei kleinen Kindern beobachteter

---

[1]) Sante de Sanctis, Rivista ital. di neuropat., psichiatria ed elettroterap. II, 3; Folia neurologica II, 9; III, 395; Weygandt, Zeitschr. f. d. Erf. d. jugendl. Schwachsinns I, 311.

Krankheitsbilder beschrieben, die mit „katatonischen" Erscheinungen einhergehen und zum Teil zur Heilung gelangen, zum Teil aber auch in mehr oder weniger hochgradige psychische Schwächezustände ausgehen. Es wird sich, wie er selbst betont, zurzeit kaum entscheiden lassen, wie weit die beschriebenen Fälle der Dementia praecox oder anderen Krankheitsformen angehören, von denen wohl namentlich die Hysterie und infektiöse, auch syphilitische Erkrankungen in Betracht kommen könnten. Dennoch ist für einzelne, im ersten oder zu Beginn des zweiten Lebensjahrzehntes sich entwickelnde Krankheitsbilder die klinische Übereinstimmung mit der Dementia praecox der Erwachsenen in Erscheinungen, Verlauf und Ausgang so augenscheinlich, daß an der Zusammengehörigkeit vernünftigerweise nicht gezweifelt werden kann. Ich selbst habe mehrere derartige Fälle beobachtet, und auch Räcke und Vogt haben solche mitgeteilt. Heller endlich hat als „Dementia infantilis" Erkrankungen geschildert, die im 3. oder 4. Lebensjahre beginnen, bald stürmisch, bald schleichend verlaufen und in schwere Verblödung mit Stereotypien und Manieren ausgehen. Auch hier werden wir an die Wahrscheinlichkeit denken müssen, daß wenigstens manche dieser Beobachtungen der Dementia praecox angehören.

Bewegen wir uns bei der Deutung der in frühestem Kindesalter auftretenden Krankheitsbilder vielfach auf einem zurzeit noch ziemlich unsicheren Boden, so gilt ähnliches für die unter dem Bilde der Dementia praecox verlaufenden Erkrankungen der Rückbildungsjahre. Es gibt hier auf der einen Seite zweifellos Fälle, die sich nach unserem heutigen Wissen schlechterdings nicht von den früher beginnenden Formen abtrennen lassen, die wir daher als echte „Spätkatatonien"[1]) bezeichnen dürfen. Petrén beobachtete 24 Erkrankungen an Katatonie nach dem 40. Lebensjahre, darunter 6 zwischen dem 50.—55. und je einen mit 58 und 59 Jahren. Auch Schröder führt einen Fall an, der mit 59 Jahren einsetzte. Zweig hat 13 Fälle zwischen dem 30. und 40. sowie 5 Fälle nach dem 40. Lebensjahre zusammengestellt und kommt zu dem Ergebnisse, daß sie im allgemeinen denjenigen der jüngeren Jahre entsprechen; nur schien ihm die Prognose verhältnismäßig günstig zu sein, ein Schluß, für den die Zahl seiner Beobachtungen keinesfalls ausreicht, und der in Zablockas Mitteilungen keine Bestätigung findet. Sehr

[1]) Sommer, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, I, 533.

bemerkenswert ist es, daß Schröder unter 16 Spätkatatonien 4 Fälle fand, in denen 12—25 Jahre vorher leichtere Anfälle, meist Depressionszustände, voraufgegangen waren. Die früher berührte Vermutung, daß es sich hier bisweilen nur um das Aufflackern eines in unscheinbarer Form weit zurückreichenden Krankheitsvorganges handeln könne, findet in dieser Erfahrung eine gewisse Bestätigung. Auch Bertschinger hat auf diese Möglichkeit hingewiesen. Petrén berichtet über einen Fall, der mit 19 Jahren eine Hebephrenie mit Defektheilung durchmachte und dann mit 44 Jahren von neuem erkrankte.

Es läßt sich indessen nicht verkennen, daß uns, namentlich in den Rückbildungsjahren, gar nicht selten Fälle begegnen, deren klinische Beurteilung heute noch auf die größten Schwierigkeiten stößt. Dabei handelt es sich einmal um Erkrankungen, die mit lebhaften ängstlichen Erregungszuständen und depressiven Wahnbildungen sowie mit „katatonischen" Zeichen, Befehlsautomatie, Unzugänglichkeit, Widerstreben, stereotypen Haltungen und Bewegungen einhergehen und verhältnismäßig rasch, bisweilen auch erst nach vorübergehender Besserung, in schweres psychisches Siechtum ausgehen, sodann um paranoide Formen. Ich halte es für wahrscheinlich, daß wir es hier zum Teil mit Krankheitsvorgängen zu tun haben, die nicht zur Dementia praecox gehören, wenn auch eine befriedigende Abgrenzung und namentlich eine Entscheidung im einzelnen Falle zurzeit noch kaum möglich ist. Soweit es uns die rein klinische Betrachtung gestattet, habe ich bei Besprechung der präsenilen und paranoiden Erkrankungen den Versuch gemacht, einige Gesichtspunkte für die Gewinnung neuer Krankheitsbilder aufzustellen. Ein wesentliches Hindernis für das Gelingen solcher Versuche liegt jedoch in dem Umstande, daß die klinischen Gestaltungen der Dementia praecox nicht nur an sich eine außerordentliche Mannigfaltigkeit aufweisen, sondern daß sie auch, wie früher ausgeführt, durch das Lebensalter deutlich beeinflußt werden. Die Entscheidung darüber, welche Krankheitsbilder des Rückbildungsalters der Dementia praecox zuzurechnen, welche als andersartige Psychosen aufzufassen sind, wird daher immer vor der Frage stehen, wie weit die Unterschiede in der klinischen Erscheinungsform durch die Eigenart des Krankheitsvorganges, und wie weit sie durch die Veränderungen der alternden Persönlichkeit bedingt sind.

Die hier berührten Schwierigkeiten haben Stransky veranlaßt, unter der Bezeichnung „Dementia tardiva"[1]) gewisse paranoide Erkrankungen der Rückbildungsjahre mit Andeutung von katatonischen Zügen, namentlich bei Frauen, als besondere klinische Form zu umgrenzen. Sinnestäuschungen, Stimmungswechsel ohne stärkere gemütliche Abstumpfung, vorübergehende lebhafte Erregungen, Wahnbildungen ohne systematische Verarbeitung, Andeutungen von katatonischen Zügen kennzeichnen das Krankheitsbild. Es muß der Zukunft überlassen bleiben, zu entscheiden, ob die Dementia tardiva eine klinische Einheit darstellt, oder ob sie, was ich vorläufig für wahrscheinlicher halte, nach den angedeuteten Gesichtspunkten in verschiedene Gruppen zerlegt werden muß.

Das männliche Geschlecht scheint im allgemeinen etwas häufiger an Dementia praecox zu erkranken als das weibliche; unter den für unser Altersdiagramm verwerteten 1054 Fällen fanden sich 57,4% Männer. Bei den einzelnen klinischen Formen weist indessen, wie wir früher gesehen haben, die Beteiligung der Geschlechter nicht unerhebliche Unterschiede auf. Ähnliches gilt für die Altersstufen, wie die folgende Übersicht über den Anteil der Männer in den verschiedenen Lebensabschnitten erkennen läßt.

Alter	–10	–15	–20	–25	–30	–35	–40	–45	–50	–55	–60
Männer Proz.	70,3	50,0	65,8	63,6	57,9	50,4	60,4	34,3	54,0	33,4	0,0

Pfropfhebephrenien scheinen somit beim männlichen Geschlechte häufiger zu sein; dann aber erkranken zunächst beide Geschlechter in gleichem Maße. Nach dem 15. Jahre überwiegt das männliche Geschlecht stark, dann schwächer, bis zwischen dem 30. und 35. Jahre das Gleichgewicht, allerdings nur vorübergehend, wieder erreicht wird. Nach dem 40. Jahre überwiegen die Frauen, am stärksten in den höchsten Lebensaltern, doch sind die den Prozentsätzen nach dem 45. Jahre zugrunde liegenden Zahlen zu klein, um verwertbar zu sein. Erwähnt sei jedoch, daß Schröder unter seinen „Spätkatatonien" 3 Männer und 13 Frauen fand; auch Sommer betont das Überwiegen des weiblichen Geschlechts. Die Betrachtung der Zahlen dürfte jedenfalls so viel zeigen, daß die durchschnittlich etwas geringere Neigung des weiblichen Geschlechtes zur Erkrankung an Dementia praecox in drei verschie-

[1]) Stransky, Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. XVIII, Erg.-Heft.

denen Lebensabschnitten eine gewisse Steigerung erfährt, vor dem 15., zwischen dem 25. und 35. und nach dem 40. Jahre. Man wird gewiß versucht sein, hier an die beim Weibe früher eintretende Geschlechtsentwicklung, an die Zeit des Fortpflanzungsgeschäftes und an die Rückbildungsjahre zu denken.

Seitdem man auf das Krankheitsbild der Dementia praecox aufmerksam geworden ist, hat sich gezeigt, daß es bei allen Kulturvölkern in annähernd denselben Formen zur Beobachtung kommt und überall die Hauptmasse der dauernden Anstaltsinsassen stellt. Da die fortschreitende Anhäufung dieser Kranken am augenscheinlichsten die Zunahme des Irreseins zu beweisen schien, lag der Gedanke nahe, in der Dementia praecox ein Erzeugnis der Schädigungen zu sehen, denen der Fortschritt der Gesittung und ihre unerfreulichen Begleiterscheinungen unsere geistige Gesundheit aussetzen. Geistige Überanstrengung, namentlich in den Entwicklungsjahren, andererseits Entartung wurden vielfach als die Ursachen des Leidens aufgefaßt. Es erschien mir daher von besonderer Wichtigkeit, festzustellen, ob die Krankheit auch bei Völkern auftritt, die unter ganz anderen und namentlich einfacheren, natürlicheren Bedingungen leben. Schon ein Besuch der Anstalt in Singapore zeigte mir, daß bei den verschiedensten Bestandteilen des dortigen Völkergemisches, bei Chinesen, Tamilen, Malaien, klinische Bilder zu verzeichnen waren, die völlig den uns bekannten Formen der Dementia praecox gleichen. Die spätere genauere Nachprüfung in der Anstalt Buitenzorg führte zu dem Ergebnisse, daß die Hauptmasse der dortigen, aus Malaien, Javanen, Sundanesen und Chinesen zusammengewürfelten Anstaltsbevölkerung, fast 80%, Krankheitsbilder darbot, an deren Zugehörigkeit zur Dementia praecox kaum gezweifelt werden konnte. Allerdings bestanden in der Ausprägung der Einzelzüge sehr bemerkenswerte Unterschiede gegenüber den uns geläufigen Formen; die Krankheit begann vorwiegend mit verwirrten Erregungszuständen, die dann verhältnismäßig rasch in faselige Verblödung mit Zerfahrenheit, gehobener Stimmung, Redseligkeit und Manieriertheit hinüberführten. Seither ist das häufige Vorkommen der Dementia praecox in den verschiedensten Gegenden der Erde bestätigt worden; Koichi Miyake berichtet, daß sie in Japan ganz ähnlich auftritt wie bei uns, nur mit geringerer Neigung zu Depressionszuständen.

Müssen wir somit die eigentlichen Ursachen der Dementia praecox in Bedingungen suchen, die über die ganze Erde verbreitet sind, die also weder in der Rasse noch im Klima, in der Ernährungsweise oder in den sonstigen allgemeinen Lebensverhältnissen liegen, so vermögen wir doch nichts darüber zu sagen, ob den genannten Umständen nicht vielleicht ein unterstützender Einfluß auf die Entwicklung der Krankheit zukommt, da brauchbare zahlenmäßige Feststellungen über diese Punkte nicht vorhanden sind. Wir wissen nichts über die verhältnismäßige Häufigkeit der Dementia praecox bei den einzelnen Völkern, unter verschiedenen Lebensbedingungen, in Stadt und Land, zu verschiedenen Zeiten. Nur soviel läßt sich wohl sagen, daß die Krankheit wahrscheinlich uralt ist, da schon die Schilderungen der alten Ärzte vielfach unverkennbar auf die uns geläufigen klinischen Bilder hinweisen.

Von den unserer Erforschung heute zugänglichen ursächlichen Bedingungen der Dementia praecox ist zunächst die erbliche Veranlagung[1]) zu nennen. Die Zahlenangaben über diesen Punkt weichen ziemlich stark auseinander, offenbar nach der Ausdehnung, der dem Begriffe der Erblichkeit beigelegt wird, wie nach der Genauigkeit der Nachrichten, die über die Familien der Kranken vorliegen. Schott findet erbliche Belastung in 52%, Lukacs in 53,8%, Meyer in 54%, Karpas in 64%, Sérieux in 70%, Wolfsohn und ebenso Zablocka in 90% der Fälle. Ich selbst hatte früher in Heidelberg allgemeine erbliche Anlage zu Geistesstörungen in etwa 70% der Fälle gefunden, in denen über diesen Punkt verwertbare Angaben vorlagen. Da durch diese Einschränkung immerhin eine gewisse Auswahl erfolgt, dürfte das Verhältnis etwas zu hoch sein. Unter den oben verwerteten 1054 Fällen fanden sich 53,8%, in denen die Familiengeschichte Anhaltspunkte für die Annahme einer erblichen Belastung ergab. Diese Zahl ist sicherlich zu klein, weil in zahlreichen Fällen die Nachrichten über die Vorfahren der Kranken sehr unvollkommen waren. Vielleicht ist es möglich, etwas zuverlässigere Zahlen zu erhalten, wenn man sich auf die direkte Erblichkeit, d. h. auf das Vorkommen von Geistesstörungen, Selbstmord oder schweren Gehirnkrankheiten bei den Eltern beschränkt, da über diese Frage noch am leichtesten sichere Angaben gewonnen werden können.

---

[1]) Levi-Bianchini, Rivista sperimentale di freniatria XXIX, 558; Berze, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. 1910.

In dieser Umgrenzung ergab sich eine direkte Belastung in 33,7% der Fälle, eine Zahl, die aus den genannten Gründen noch als zu niedrig angesehen werden muß; das geht auch daraus hervor, daß die Aufnahmen in Heidelberg mit ihren vollkommeneren Vorgeschichten einen höheren Wert lieferten, als die vielfach ohne alle Nachrichten eingetretenen Kranken der Großstadt München. Dazu kommt aber, daß in 7,9% der Fälle Alkoholismus eines der Eltern vorlag; diese Zahl ist umgekehrt für München etwas höher als für Heidelberg. In 2% der Fälle war endlich neben der direkten Belastung durch Geistesstörungen noch Alkoholismus eines der Eltern zu verzeichnen.

Vergleicht man diese Zahlen mit den von Diem gefundenen, so ergibt sich, daß die Belastung durch die hier berücksichtigten Krankheitszustände der Eltern etwa um 10% höher ist, als bei geistig Gesunden, daß also ursächliche Beziehungen als wahrscheinlich zu betrachten sind. Zu der gleichen Anschauung muß die Erfahrung führen, daß die Dementia praecox gar nicht selten familiär auftritt, am häufigsten bei Geschwistern, seltener bei Eltern und Kindern, da die Krankheit wegen ihrer frühen Entwicklung und ihrer schweren Erscheinungen die Fortpflanzungsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigt. Ich kenne eine sehr große Zahl von Fällen, in denen mehrere Geschwister an Dementia praecox erkrankten, bisweilen in verblüffend ähnlicher Weise; einmal wurden 3 Geschwister ganz kurz nacheinander aufgenommen. Schwarzwald[1]) beschreibt 3 Beobachtungen, in denen je drei Schwestern, und eine, in der fünf Schwestern unter den Zeichen der Dementia praecox erkrankten. Frankhauser berichtet über 28 Geschwisterpaare, die dem gleichen Leiden erlagen. Nicht selten erfährt man ferner, daß sich unter den Geschwistern der Kranken auffallende Persönlichkeiten, Verbrecher, Sonderlinge, Prostituierte, Selbstmörder, Landstreicher, verkommene und gescheiterte Menschen befinden, alles Formen, in denen die mehr oder weniger entwickelte Dementia praecox auftreten kann.

Sprechen derartige Fälle für eine gleichartige krankhafte Veranlagung, so kommt es andererseits doch auch öfters vor, daß bei einzelnen Familienmitgliedern ganz andersartige Störungen auftreten, Epilepsie, Hysterie, manisch-depressives Irresein. Die um-

[1]) Schwarzwald, De la démence précoce familiale. Diss. 1907.

fangreichen Untersuchungen, die Rüdin über die Familien unserer Kranken durchgeführt hat, haben in der Häufigkeit des familiären Vorkommens der Dementia praecox ebenfalls die wichtige Rolle der erblichen Veranlagung klargelegt. Rüdin kommt auf Grund seiner Forschungen zu dem Schlusse, daß die Dementia praecox wahrscheinlich nach den Mendelschen Gesetzen vererbt werde, und zwar als rezessive Eigenschaft. Dafür spricht ihm das starke Überwiegen der kollateralen und diskontinuierlichen Vererbung gegenüber der unmittelbaren Übertragung, ihre Zunahme unter Inzucht und das besondere Zahlenverhältnis der Erkrankten zu den gesund Bleibenden in den einzelnen Familien. Er findet, daß in den betroffenen Familien neben der Dementia praecox verhältnismäßig häufig noch eine Reihe von anderen Abweichungen zur Beobachtung kommen, namentlich das manisch-depressive Irresein und verschrobene Persönlichkeiten. Während letztere wohl meist als „latente Schizophrenien“ aufzufassen und somit dem Hauptleiden wesensgleich sind, sind die Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein noch unklar. Rüdin fand, daß manisch-depressive Eltern gar nicht selten Kinder mit Dementia praecox erzeugen, während der umgekehrte Fall zu den seltenen Ausnahmen gehört, wenn nicht daneben noch erbliche Anlage zum manisch-depressiven Irresein von der anderen Seite her besteht.

Außer der Vererbung können jedoch anscheinend auch noch andere Einflüsse das Auftreten einer Dementia praecox bestimmen. Das wird nach Rüdins Erfahrungen zunächst durch die Tatsache dargetan, daß Erst- und Spätgeborene sowie Letztgeborene verhältnismäßig häufig von dem Leiden betroffen werden. Ferner ließ sich zeigen, daß nicht selten unmittelbar vor oder nach den Erkrankenden Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten vorkommen oder Kinder von geringer Lebensfähigkeit, mit körperlichen oder geistigen Gebrechen geboren werden. Man wird durch solche Beobachtungen zu der Annahme geleitet, daß keimschädigende Einflüsse eine gewisse Rolle bei der Entstehung der Dementia praecox spielen dürften. Dafür spricht weiterhin die auch von Rüdin bestätigte Beobachtung, daß auffallend oft Alkoholismus der Eltern zu verzeichnen ist; er fand ihn unter 300 genau durchforschten Fällen mindestens 60 mal. Wolfsohn sah Trunksucht eines der Eltern sogar in $^1/_4$ der Fälle, während ich sie bei meinen Kranken mit vielfach unvollkommen

bekannter Vorgeschichte immerhin noch in 10% nachweisen konnte. Man darf demnach annehmen, daß ein gewisser Einfluß des elterlichen Alkoholismus auf die Entwicklung der Dementia praecox bei den Kindern wahrscheinlich ist, ein Zusammenhang, der wohl durch eine Keimschädigung vermittelt werden könnte.

In demselben Sinne dürfen wir wohl die von Hirschl und Pilcz gemachten Angaben über das Vorkommen von Lues bei den Eltern unserer Kranken deuten. Pilcz berichtet, daß er bei 416 Fällen von Dementia praecox in 5% Tabes der Eltern angetroffen habe, bei manisch-depressivem Irresein dagegen nur in 0,6%. Bei den Eltern von 44 hebephrenischen Kranken fand sich 23 mal Paralyse, bei denen von 27 Katatonikern 5 mal; auch bei den Geschwistern unserer Kranken wurde auffallend häufig Paralyse beobachtet, bei denen der Paralytiker vielfach Dementia praecox. Bei den Eltern meiner Kranken habe ich Nachrichten über Lues nur in 4—5% gefunden; auch ist mir bisher nicht aufgefallen, daß etwa die Kinder von Paralytikern besonders häufig an Dementia praecox erkranken; unter 124 solchen Kindern, von denen allerdings nur 67 das 10. und 29 das 20. Lebensjahr überschritten hatten, litten 2 an Dementia praecox. Demgegenüber berichtet Klutscheff, daß er unter 60 Fällen von Dementia praecox in 41,6% Anzeichen einer hereditären Lues aufgefunden habe. Da jedoch für die Annahme, daß die Dementia praecox etwa unmittelbar durch Erbsyphilis erzeugt werde, sonst keinerlei Anhaltspunkte vorliegen, könnte eine Bestätigung derartiger Angaben wohl nur auf eine allgemeine keimschädigende Wirkung elterlicher Lues hinweisen. In jedem Falle wäre die Prüfung notwendig und mit Hilfe des serologischen Verfahrens auch verhältnismäßig leicht durchführbar, wie weit wirklich die Spuren einer Lues bei den Eltern unserer Kranken nachgewiesen werden können; die „stigmata" sind bekanntlich außerordentlich trügerisch.

Für die Ansicht, daß in der Entstehungsgeschichte der Dementia praecox die Entartung eine Rolle spiele, pflegt der Umstand geltend gemacht zu werden, daß sich bei den Kranken vielfach von vornherein körperliche und psychische Entartungszeichen vorfinden. Saiz[1]) gibt die Häufigkeit solcher körperlicher Abweichungen, die man als Ausdruck der Entartung zu betrachten pflegt, auf 74% an. Bei der

[1]) Saiz, Rivista di freniatria sperimentale XXXVIII, 364.

großen Dehnbarkeit der Grenzen, die bei solchen Feststellungen eingehalten werden, ist die Würdigung von Zahlen kaum möglich. Es entspricht aber wohl den allgemeinen Erfahrungen, daß bei den Kranken mit Dementia praecox auffallend häufig allerlei körperliche Abweichungen bestehen, namentlich Schwächlichkeit, Zurückbleiben im Wachstum, jugendliches Aussehen, Verbildungen des Schädels und der Ohren, steiler und enger Gaumen, Erhaltensein des Zwischenkiefers, abnormer Haarwuchs, Schielen, Verwachsung der Zehen oder Finger, Polymastie, mangelhafte Entwicklung und Stellung der Zähne und dergleichen. Anzuschließen wäre hier noch das nicht seltene Vorkommen von Krämpfen in der Kindheit, von hartnäckigem Bettnässen, häufigen Kopfschmerzen, Empfindlichkeit gegen Alkohol, Neigung zu Delirien bei geringem Fieber.

Weit wichtiger aber, als die körperlichen Entartungszeichen, die in ähnlicher Weise bei vielen anderen Formen des Irreseins auftreten, scheint mir die Tatsache zu sein, daß in einer erheblichen Zahl von Fällen bei unseren Kranken von Jugend auf bestimmte psychische Eigentümlichkeiten zur Beobachtung kommen. Schultze gibt an, daß 50—70% der Kranken von vornherein psychopathisch seien, ein scheues, stilles, oder, besonders beim weiblichen Geschlechte, ein reizbares, schrullenhaftes Wesen zeigten. Karpas fand unter seinen Kranken 68% Psychopathen; Schott berichtet, daß 28% der Kranken still und verschlossen seien.

Auch ich habe die Vorgeschichte meiner Kranken auf das Vorkommen auffallender psychischer Veranlagungen durchmustert und kann die Angaben der angeführten Forscher im allgemeinen bestätigen, wenn ich auch wegen der Unvollständigkeit der vorliegenden Nachrichten von bestimmten Zahlenangaben absehen möchte. Ganz besonders häufig, namentlich beim männlichen Geschlechte, wurde erwähnt, daß es sich um Kinder handelte, die stets ein stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen zeigten, keine Freundschaften schlossen, nur für sich lebten. In zweiter Linie, mehr bei Mädchen, wird über Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Aufgeregtheit, Nervosität berichtet, daneben über Eigensinn und Neigung zur Bigotterie. Sodann ist eine kleinere Gruppe von Kindern, meist Knaben, bemerkenswert, die von Jugend auf träge, arbeitsscheu, unstetig, zu schlechten Streichen geneigt waren, nirgends aushielten und dann auch zu Landstreichern oder Verbrechern wurden. Einen ge-

wissen Gegensatz dazu bilden diejenigen, ebenfalls etwas mehr dem männlichen Geschlechte angehörigen Kranken, die sich durch Lenksamkeit, Gutmütigkeit, ängstliche Gewissenhaftigkeit und Fleiß auszeichneten und als Muster von Bravheit sich von allen jugendlichen Unarten fernhielten. Die Verstandesbegabung fand ich bei meinen Heidelberger Kranken, die für solche Nachforschungen günstigere Verhältnisse boten, in 17% der Fälle als vorzüglich angegeben, in etwa $^1/_3$ der Fälle als mäßig, in 7% als schlecht. Evensen bezeichnet 6,7% seiner Kranken als über dem Durchschnitt stehend, 22% als schlecht begabt, Plaskuda 15% als von Jugend auf beschränkt. Schott gibt an, daß 28% seiner Kranken schwer lernten, 40% dagegen gute bis sehr gute Schüler waren, und Levi-Bianchini schreibt 6% seiner Kranken eine große, 60% eine mittlere und 24,4% eine geringe Begabung zu.

Angesichts dieser Erfahrungen erhebt sich die Frage, in welcher Beziehung die der Entwicklung einer Dementia praecox auffallend häufig voraufgehenden psychopathischen Abweichungen zu dem späteren Leiden stehen, insbesondere, ob sie nur der Ausdruck allgemeiner Schädigungen sind, welche die Widerstandsfähigkeit gegen die Ursache der Dementia praecox herabsetzen, oder ob es sich um die ersten, bis in die Kindheit zurückgehenden Anzeichen der Krankheit selbst handelt. Für die Entscheidung dieser Frage scheint mir der Umstand von maßgebender Bedeutung zu sein, daß wenigstens ein Teil der angeführten psychischen Eigentümlichkeiten die größte Ähnlichkeit mit denjenigen Störungen aufweist, die wir in den unvollkommenen Remissionen und ganz ebenso bei den Defektheilungen unserer Kranken feststellen können. In zahlreichen Fällen sehen wir hier als Überbleibsel der Krankheit bei vorher ganz unauffälligen Personen jenes stille, scheue, zurückgezogene, das unlenksame, störrische, das reizbare, empfindliche oder das harmlosgutwillige Wesen sich entwickeln, wie es uns die Vorgeschichte so vieler Kranken in wechselnder Ausprägung schildert. Weiter ist darauf hinzuweisen, daß wir gar nicht selten eine Umwandlung der Persönlichkeit in dem hier angedeuteten Sinne erst im späteren Kindesalter, aber lange Jahre vor dem eigentlichen Ausbruche der Dementia praecox, sich vollziehen sehen, eine Erfahrung, die wohl nur dahin gedeutet werden kann, daß der hier sich abspielende,

zunächst schleichend beginnende Krankheitsvorgang eben gerade jene Eigentümlichkeiten zu erzeugen vermag, die wir seinem Auftreten so häufig von Jugend auf vorhergehen sehen.

Man wird hier vielleicht einwenden, daß sich die uns in der Vorgeschichte unserer Kranken begegnenden Eigentümlichkeiten auch bei jeder beliebigen anderen Gruppe von Menschen in ähnlicher Weise auffinden lassen würden, und daß sie andererseits zu mannigfaltig seien, um den Ausdruck eines und desselben Krankheitsvorganges bilden zu können. Die Berechtigung des ersteren Einwandes ist ohne weiteres zuzugeben; es wäre für die richtige Würdigung der Verhältnisse durchaus notwendig, auch für andere Krankheitsformen, namentlich aber auch für Gesunde, ähnliche Nachforschungen anzustellen. Wir werden später die vorläufigen Ergebnisse solcher Untersuchungen bei der Epilepsie und beim manisch-depressiven Irresein zu besprechen haben; sie lehren, daß die Vorgeschichte der Kranken hier doch wesentlich abweichende Züge liefert. Freilich zeigen sich auch gewisse Übereinstimmungen; wir dürfen aber nicht außer acht lassen, daß unsere Kennzeichnung der persönlichen Eigenschaften zurzeit noch eine sehr rohe ist, daß also unter derselben Bezeichnung, die von den Angehörigen zur Schilderung des früheren Verhaltens unserer Kranken gebraucht wird, vielleicht eine Reihe ganz verschiedenartiger Veranlagungen zusammengefaßt werden. Würdigt man diese Fehlerquelle, so ist, wie mir scheint, der Eindruck, den man aus den immer wiederkehrenden Angaben der Angehörigen über die frühere Persönlichkeit unserer Kranken gewinnt, so überwältigend, daß an der auffallenden Häufigkeit ganz bestimmter Veranlagungen in der Vorgeschichte der Dementia praecox wohl nicht gezweifelt werden kann. Die Verschiedenartigkeit, ja Gegensätzlichkeit dieser Eigentümlichkeiten aber findet ihr genaues Gegenstück in der verschiedenartigen Gestaltung der klinischen Bilder, der Endzustände und der Beobachtungen in den Remissionen. Es liegt in der Tat nahe genug, das verschlossene oder störrische Wesen der späterhin erkrankenden Kinder mit dem Negativismus, ihre Schrullenhaftigkeit mit der Maniertheit, ihre Reizbarkeit mit der Impulsivität, ihre Bravheit mit der Befehlsautomatie der Dementia praecox in nähere Beziehung zu bringen.

Aus den angeführten Gründen erscheint mir der Schluß be-

rechtigt, daß die dem eigentlichen Ausbruche der Dementia praecox vorhergehenden psychischen Abweichungen mindestens zum Teil schon die Wirkungen der Krankheitsursache darstellen, auch wenn sie sich bis in die ersten Lebensjahre zurückverfolgen lassen. Der Beginn des Leidens wäre, wenn diese Auffassung sich bestätigen sollte, für einen erheblichen Teil der Kranken in die Kindheit zu verlegen; wir hätten eine mehr oder weniger lange Vorbereitungszeit anzunehmen, in der die Krankheit ohne bemerkbares Fortschreiten doch schon in Andeutungen gewisse Wirkungen entfaltet, wie wir sie auf der Höhe ihrer Entwicklung und in den Endzuständen auf das stärkste ausgeprägt wiederfinden. Eine wesentliche Stütze findet diese Deutung, wie mir scheint, in der Dementia praecox der Kinder und in der Pfropfhebephrenie. Man hat zwar auch hier gemeint, daß es sich um ein zufälliges Zusammentreffen mit andersartigen, die Entwicklung einer Dementia praecox nur begünstigenden Hirnerkrankungen handle. Allein die Pfropfhebephrenie ist einerseits zu häufig, als daß diese Erklärung viel Wahrscheinlichkeit für sich hätte; andererseits aber trägt der ihr zugrunde liegende Schwachsinn auch meist unverkennbar die Züge eines hebephrenischen Endzustandes, und die neuerliche Erkrankung nimmt sehr oft die Züge einer einfachen Verschlimmerung der schon bestehenden Störungen an. Da zudem das Auftreten der Dementia praecox in früher Kindheit gesichert ist, liegt nach meiner Ansicht kein hinreichender Grund vor, bei der Pfropfhebephrenie ein Zusammenwirken ganz verschiedenartiger Krankheitsvorgänge anzunehmen.

Die Häufigkeit mangelhafter oder schlechter Begabung wird von diesem Standpunkte aus, soweit sie der Dementia praecox eigentümlich ist, wenigstens zum Teil als Ausdruck einer gewissermaßen abgeschwächten Pfropfhebephrenie angesehen werden dürfen, als die erste, noch unbestimmte Wirkung des gleichen Krankheitsvorganges, der späterhin die Dementia praecox erzeugt. Schwieriger zu erklären bleibt die, wie es scheint, doch auch ziemlich gesicherte Tatsache, daß eine Anzahl unserer Kranken eine auffallend gute Begabung aufweist. Hier wäre zunächst zu untersuchen, wie weit es sich dabei um reine Schulbegabungen handelt, um jene Schüler, die es bei gutem Gedächtnisse durch Bravheit, Gewissenhaftigkeit und unermüdlichen Fleiß erreichen, daß sie „immer die ersten in

jeder Klasse sind". So erinnere ich mich eines Schülers, der mit allen Zeichen hebephrenischer Veranlagung, scheuem, weinerlichem, kindischem, ganz unknabenhaftem Wesen und unausrottbarer Neigung zum Nägelkauen infolge seines musterhaften, durch nichts abgelenkten Fleißes bis in die obersten Klassen hinein die Stellung eines hervorragenden Schullichtes einnahm. Weiterhin aber ist, da die Entartung gewiß eine Rolle in der Entstehungsgeschichte der Dementia praecox spielt, auf die Erfahrung hinzuweisen, daß sich auf deren Boden nicht selten ausgezeichnete, wenn auch meist einseitige Begabungen vorfinden. Da die Dementia praecox die Verstandesleistungen und namentlich das Gedächtnis vielfach später und in geringerem Grade beeinträchtigt, als das Gemütsleben und den Willen, können jene unter Umständen noch auf hoher Stufe stehen, während sich auf letzteren Gebieten schon deutliche Störungen entwickelt haben.

Wenn wir gewisse, in der Vorgeschichte der Dementia praecox häufige Veranlagungen als deren erste, leise Anfänge betrachten, so entsteht weiterhin die Frage, ob jene Eigentümlichkeiten immer in diesem Sinne zu deuten sind, und namentlich, ob ihr immer der Ausbruch einer Dementia praecox folgen muß. Die erstere Frage würde sich nur dann beantworten lassen, wenn die letztere bejaht werden müßte. Davon kann aber offenbar keine Rede sein. Es gibt ohne Zweifel zahllose Menschen, die ihr ganzes Leben hindurch Züge an sich tragen, wie wir sie früher geschildert haben, ohne jemals geistig zu erkranken. Daraus ist entweder zu schließen, daß auch andersartige, ererbte oder erworbene Schädigungen ähnliche Wirkungen auf das Seelenleben ausüben können, oder daß in solchen Fällen der vorhandene Keim der Dementia praecox nicht zu weiterer Entwicklung gelangt ist. Die Möglichkeit einer solchen Deutung wird man insofern nicht bestreiten können, als wir leichteste Defektzustände als Rest einer überstandenen Dementia praecox häufig genug Jahrzehnte, bis ans Lebensende, ohne weiteres Fortschreiten andauern sehen. Es wäre also wohl denkbar, daß gewisse abnorme Persönlichkeiten mit den erwähnten Eigentümlichkeiten als das Erzeugnis einer in frühester Kindheit überstandenen und dann zum Abschluß gelangten Dementia praecox anzusehen wären. Bleuler ist geneigt, den Rahmen einer solchen „latenten Schizophrenie" außerordentlich weit auszudehnen und alle möglichen

psychopathischen Persönlichkeiten in diesem Sinne zu deuten. Wie weit das tatsächlich berechtigt ist, wird sich heute schwer entscheiden lassen. Da selbst die ausgeprägten klinischen Zeichen nicht immer mit Sicherheit den Schluß auf das Bestehen des bestimmten Krankheitsvorganges gestatten, werden wir wohl nur ganz ausnahmsweise die persönlichen Eigenschaften kennzeichnend genug finden, um in ihnen die untrüglichen Spuren einer im Entstehen erstickten Dementia praecox zu entdecken.

Über die Rolle, die äußere Ursachen bei der Entwicklung der Dementia praecox spielen könnten, ist wenig zu berichten. Daß die geistige Überanstrengung, an die noch Kahlbaum dachte, und die auch von Deny und Roy mit verantwortlich gemacht wird, nicht ernstlich in Betracht kommen kann, beweist schon die Verbreitung des Leidens bei der Landbevölkerung und bei den in einfachsten Lebensverhältnissen aufwachsenden Malaien, Tamilen, Chinesen. Die von Vigouroux und Naudascher geäußerte und auch von Bleuler unterstützte Ansicht, daß Infektionen in den Entwicklungsjahren eine ursächliche Bedeutung zukommen könne, läßt sich in ihrer Unbestimmtheit weder beweisen noch widerlegen. Die unverkennbare Wichtigkeit der Veranlagung weist jedoch darauf hin, daß infektiöse Ursachen schwerlich ausschlaggebend sein können; zudem müßten noch verwickelte Hilfsannahmen gemacht werden, um das jahrzehntelange Nachwirken solcher Ursachen zu erklären. Immerhin waren bei etwa 10—11% meiner Heidelberger Kranken dem Leiden schwere akute Krankheiten voraufgegangen, am häufigsten Typhus oder Scharlach. Bisweilen entwickelte sich das Bild der Dementia praecox unmittelbar während des körperlichen Leidens, so daß zunächst an ein infektiöses Irresein gedacht wurde; in der Regel jedoch waren bis zum Auftreten der psychischen Störung viele Jahre vergangen, so daß von einem unmittelbaren Zusammenhange keine Rede sein konnte. Hier und da wurde angegeben, daß seit der körperlichen Erkrankung schon eine gewisse Veränderung an dem Kranken bemerkt worden sei, größere Reizbarkeit, Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, auffallende Ermüdbarkeit. Sehr zweifelnd werden wir den Angaben von Bruce gegenüberstehen, der einen kurzen Streptokokkus für den Krankheitserreger hält und durch ihn bei Kaninchen „geistige Stumpfheit“ erzeugen konnte.

Ebensowenig werden wir uns mit der von Steiner und Pötzl vertretenen Auffassung befreunden können, daß die Erwerbung der Lues unter Umständen die Krankheit zum Ausbruche bringen könne. Daß sich öfters frische Lues bei unseren Kranken findet, ist nicht zu bestreiten, aber auch nicht zu verwundern, da es sich zumeist um junge Leute im dritten Lebensjahrzehnt handelt, die zum Teil geschlechtlich stark erregt und zu Ausschweifungen sehr geneigt sind. In einzelnen Fällen wurde über Hirnentzündungen in der Jugend berichtet, nicht ganz selten auch über Kopfverletzungen[1]), die jedoch überhaupt so häufig sind, daß sie für ursächliche Feststellungen nur ganz ausnahmsweise verwertet werden können. Auch bei Hirnerkrankungen, besonders Geschwülsten, werden gelegentlich „katatonische" Krankheitsbilder beobachtet; wir dürfen aber nicht bezweifeln, daß es sich in solchen Fällen, von zufälligem Zusammentreffen abgesehen, um rein äußerliche Ähnlichkeiten handelt. Der Alkoholmißbrauch scheint für die Entstehung der Dementia praecox keine Bedeutung zu haben. Allerdings hatten 15—16% der von mir beobachteten Männer stärker getrunken, doch handelt es sich dabei in der Regel um Ausschweifungen, die durch die krankhafte Haltlosigkeit und die unstete Lebensführung der Kranken erst bedingt werden.

Auffallend ist die schon früher berührte Tatsache, daß die Dementia praecox häufig im Gefängnisse zum Ausbruche gelangt. Unter 600 Männern waren etwa 6% in der Untersuchungshaft, im Gefängnisse oder im Zuchthause erkrankt; dazu kamen noch 8% Landstreicher, von denen ebenfalls ein erheblicher Teil die ersten Anzeichen der Störung im Arbeitshause dargeboten hatte. Man könnte daran denken, daß die gemütlichen Einflüsse der Freiheitsentziehung, die einförmige Ernährung, die Einschränkung der Bewegung, die Abschließung von Luft und Licht, die Begünstigung onanistischer Neigungen eine krankmachende Bedeutung hätten. Bei genauerer Untersuchung läßt sich jedoch für einen beträchtlichen Teil der Fälle zeigen, daß sich wohl schon lange vorher Veränderungen der Persönlichkeit im Sinne einer Dementia praecox vollzogen hatten, die dann den Kranken zum Gewohnheitsverbrecher und Landstreicher machten. Bemerkenswerterweise sind es vorzugsweise paranoide Formen, die sich auf

[1]) v. Muralt, Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII, 457.

dem vorbereiteten Boden unter dem Einflusse der Freiheitsentziehung entwickeln, so daß diese somit dem Krankheitsbilde wenigstens eine kennzeichnende Färbung gibt. Ob sie in einzelnen Fällen auch darüber hinaus wirklich ursächliche Bedeutung für die Dementia praecox gewinnen kann, ist mir zweifelhaft geworden.

Unter 386 Frauen befanden sich 3% Prostituierte. Einmal sah ich zwei Schwestern fast gleichzeitig erkranken, die beide Prostituierte waren; ein schon früher erwähntes, anständiges junges Mädchen gebar nach der Genesung von einem schweren katatonischen Erregungszustande 3 uneheliche Kinder. Eine Frau erkrankte in der Haft und verblödete, nachdem sie sich auf Betreiben und in Gegenwart ihres im Schranke versteckten Mannes in unglaublicher Weise prostituiert hatte. Daß wohl in allen solchen Fällen die Unzucht Folge und nicht Ursache der Dementia praecox ist, bedarf kaum näherer Begründung.

Auf einem etwas festeren Boden stehen wir vielleicht bei der Betrachtung der Beziehungen zwischen der Dementia praecox und dem Fortpflanzungsgeschäfte. Abgesehen davon, daß Menstruationsstörungen häufig sind, und zudem während der Menses vielfach Verschlechterungen des Krankheitszustandes beobachtet werden, beginnt die Dementia praecox in einer erheblichen Zahl von Fällen während der Schwangerschaft, im Wochenbette oder nach einem Aborte, bisweilen auch erst in der Säugezeit. In Heidelberg sah ich von den katatonischen Erkrankungen bei Frauen nahezu $^1/_4$ sich im Anschlusse an das Fortpflanzungsgeschäft entwickeln, während von den hebephrenischen Fällen noch nicht $^1/_{10}$ einen solchen Zusammenhang erkennen ließen. Einmal knüpften sich die vier Schübe, in denen die Krankheit verlief, je an eine Geburt an, bis der letzte die endgültige Verblödung brachte. In einem anderen Falle begann die Krankheit ebenfalls im Wochenbette, um nach einer längeren Remission mit dem Eintritte neuer Schwangerschaft in schwerem Rückfalle zu enden. Da sich jedoch auch die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins gern an die durch das Fortpflanzungsgeschäft bedingten Umwälzungen anschließen, muß es einstweilen dahingestellt bleiben, wie weit es sich hier um engere ursächliche Zusammenhänge handelt. Zu erinnern wäre auch an die anscheinende Zunahme der Erkrankungen im Klimakterium, die ebenfalls den Erfahrungen beim manisch-depressiven Irresein entsprechen würde.

Immerhin geben uns die berührten Erfahrungen den Anlaß, das Verhalten der geschlechtlichen Vorgänge bei unseren Kranken etwas näher zu prüfen. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, was bei den klinischen Schilderungen immer wieder betont werden mußte, daß bei unseren Kranken sehr häufig eine lebhafte geschlechtliche Erregung besteht, die sich in rücksichtsloser Onanie, Ausschweifungen und quälenden geschlechtlichen Beeinflussungsideen kundgibt. Namentlich von männlichen Kranken erfährt man auffallend oft, daß sie lange Jahre stark onaniert haben. Man hat daher früher geradezu gewisse, der Hebephrenie zugehörige Krankheitsbilder als „das Irresein der Onanisten“ beschrieben; vielleicht geht auch ein Teil der verbreiteten Vorstellungen über die furchtbaren Folgen der Onanie auf derartige Erfahrungen zurück. Endlich ist erwähnenswert, daß öfters der Ausbruch der Dementia praecox mit dem Aufgeben oder Scheitern eines Heiratsplanes in ursächlichen Zusammenhang gebracht wird.

Die angeführten Beobachtungen, die auf Beziehungen der Dementia praecox zum Geschlechtsleben hinzuweisen scheinen, haben vielfach Beachtung gefunden. Tschisch ist zu der Ansicht gelangt, daß Unterdrückung oder mangelhafte Entwicklung der geschlechtlichen Tätigkeit als Ursache der Dementia praecox anzusehen sei, und Lomer schuldigt Störungen in der inneren Absonderung der Geschlechtsdrüsen an. Auch ich habe die Ansicht ausgesprochen, daß möglicherweise irgendein mehr oder weniger entfernter Zusammenhang der Dementia praecox mit den Vorgängen in den Geschlechtsorganen bestehen könne. Es muß indessen betont werden, daß überzeugende Beweise für derartige Annahmen schlechterdings nicht vorhanden sind. Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit finden wir bei allen möglichen Formen des Irreseins. Die Onanie begegnet uns auch häufig genug bei einfachen Psychopathen, und sie dürfte bei unseren Kranken durch ihre scheue Zurückhaltung begünstigt sein, die ihnen die geschlechtliche Annäherung oft unmöglich macht. Das Scheitern von Heiratsplänen ist wohl richtiger als Folge und nicht als Ursache der Erkrankung aufzufassen. Endlich aber würden die früher angestellten Überlegungen, die für ein häufigeres Zurückreichen des Leidens bis in die Kindheit sprechen, seinen Beziehungen zur Geschlechtsentwicklung noch einen Teil der Bedeutung nehmen, die sie etwa beanspruchen könnten,

wenn man das ganz ähnliche Verhalten des manisch-depressiven Irreseins unberücksichtigt läßt.

Jedenfalls haben wir uns jene Zusammenhänge, ebenso wie diejenigen mit Schwangerschaft, Wochenbett und Klimakterium, als sehr allgemeine zu denken. Man könnte sich als Bindeglieder vielleicht Störungen im Körperhaushalte vorstellen, wie sie mit den großen Umwälzungen des Lebens einhergehen und unter Umständen weiterreichende Folgen nach sich ziehen. Unsere Aufmerksamkeit ist auf diese Verhältnisse am meisten durch das bessere Verständnis der Schilddrüsenstörungen gelenkt worden, die ebenfalls gewisse Beziehungen zu Menstruation, Schwangerschaft und Klimakterium aufweisen. Das gelegentliche Vorkommen von An- und Abschwellen der Thyreoidea, auffallenden Hautverdickungen, Facialisphänomen, Beschleunigung oder Verlangsamung des Pulses, tetanieartigen Anfällen erinnert geradezu an die bei Schilddrüsenerkrankungen beobachteten Erscheinungen; umgekehrt bieten nach Blums Schilderungen die Störungen des Seelenlebens und der Bewegungen bei Hunden ohne Schilddrüse eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Verhalten katatonischer Kranker. Lundborg hat daher die Dementia praecox in Verwandtschaft mit der Myoklonie, Myotonie und Tetanie gebracht und als ihre Grundlage Veränderungen der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen angesehen.

Es ist heute offenbar verfrüht, sich irgendeine Vorstellung über die Möglichkeiten zu machen, die etwa für die Erklärung der angedeuteten Übereinstimmungen in Betracht kommen könnten; uns fehlen dafür noch alle brauchbaren Grundlagen. Dennoch läßt sich vielleicht mit allem Vorbehalt der allgemeine Satz aussprechen, daß eine Reihe von Tatsachen bei der Dementia praecox das Bestehen einer Selbstvergiftung infolge einer Stoffwechselstörung bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich machen. Schon den Leichenbefund fanden manche Forscher ähnlich demjenigen bei einer chronischen Vergiftung. Weiterhin glaubt Ajello die von ihm erhobenen Veränderungen in dem Verhalten der Muskeln auf Giftwirkungen, wie sie etwa dem Veratrin entsprechen könnten, zurückführen zu dürfen; auch die Häufigkeit idio-muskulärer Wülste, erhöhter mechanischer Erregbarkeit der Muskeln und Nerven, die Steigerung der Sehnenreflexe könnte in gleichem Sinne gedeutet werden. Weitere Anhaltspunkte wären vielleicht in den allerdings noch genauerer Prüfung

bedürftigen Feststellungen über Blutveränderungen und Stoffwechselstörungen zu finden; Tomaschny hat auch die Häufigkeit des Kopfschmerzes in diesem Sinne gedeutet. Berücksichtigen wir sodann noch das von Barbo und Haberkandt betonte Vorkommen von Osteomalacie bei Dementia praecox und endlich die obenerwähnten Beziehungen zum Fortpflanzungsgeschäfte, die hier und da hervortretenden Andeutungen von Schilddrüsensymptomen, die starken Schwankungen des Körpergewichtes mit unförmlicher Feistigkeit einerseits, äußerster Abmagerung andererseits, das gelegentliche tiefe Sinken der Eigenwärme, die epileptiformen Anfälle und die plötzlichen Todesfälle, so ist der Schluß wohl berechtigt, daß nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse die Annahme einer bald schleichend sich entwickelnden, bald stürmischer einsetzenden Selbstvergiftung die meiste Wahrscheinlichkeit für sich hat. Über die Quelle und die Art des im Körper kreisenden Giftes können wir uns allerdings zurzeit ebensowenig Rechenschaft geben wie bei den in ihren Ursachen schon viel besser aufgeklärten metasyphilitischen oder metalkoholischen Erkrankungen.

Gegen diese Auffassung scheinen allerdings zunächst diejenigen Erfahrungen zu sprechen, die auf eine ursächliche Wichtigkeit der ererbten oder doch angeborenen Veranlagung hinweisen. Vielfach ist die Ansicht vertreten worden, daß die hebephrenische Verblödung nichts anderes bedeute, als das allmähliche Versagen einer unzulänglichen Anlage. Wie ein Baum, dessen Wurzeln im vorhandenen Erdreiche keine Nahrung mehr finden, so sollen die geistigen Kräfte schwinden, sobald die ungenügende Mitgift eine weitere Entfaltung nicht mehr gestattet. Pick spricht von einem „Versagen der vitalen Kapazität des Gehirns“, von einem „Mißverhältnisse zwischen Leistungsfähigkeit und Arbeitsmasse“. So bestechend diese Deutung auf den ersten Blick, namentlich für die schleichend fortschreitende Unzulänglichkeit der Dementia simplex und der ihr ähnlichen Formen zu sein scheint, so wenig kann sie doch genauerer Prüfung standhalten. Schon das ist nicht recht zu verstehen, warum die Entwicklung der Kranken ohne erkennbare äußere Ursache nicht nur mit einem Male haltmachen, sondern geradezu in schwerem psychischem Siechtume enden soll. Dazu kommt, daß die Wandlung, wenn auch meist nach allerlei Vorboten, doch nicht selten ziemlich plötzlich eintritt, daß dann wieder jahrelange Besserungen,

ja mehr oder weniger vollkommene Genesungen nach sehr schweren Krankheitserscheinungen eintreten können, alles Vorgänge, die sich von dem gekennzeichneten Standpunkte aus kaum erklären lassen. Ausschlaggebend ist aber jedenfalls die Tatsache, daß eben der Leichenbefund nicht etwa einfach Unzulänglichkeit der nervösen Anlage, sondern zerstörende Krankheitsvorgänge als Grundlage des klinischen Bildes aufgedeckt hat.

Es liegt aber auch vom klinischen Standpunkte aus kein Grund vor, die Dementia praecox gerade als den Ausdruck einer besonders schweren Entartung anzusehen. Die Rolle, die der familiären Anlage hier zukommt, ist eher geringer, als bei den ausgesprochenen Formen des Entartungsirreseins, bei den manisch-depressiven Erkrankungen, bei der Hysterie und Psychopathie. Dennoch begegnen wir dort regelmäßig nicht der Neigung zur Verblödung, sondern vielmehr gleichmäßig oder in periodischer Wiederkehr das ganze Leben ohne rasches Fortschreiten ausfüllenden Krankheitszuständen. Durch diese Überlegungen wird die Dementia praecox mehr in die Nähe der Epilepsie gerückt; auch bei ihr haben wir Anlaß, neben der unleugbaren Wichtigkeit der ererbten oder früh erworbenen Anlage doch die Entwicklung bestimmter, langsamer oder schneller fortschreitender, zerstörender Krankheitsvorgänge anzunehmen, die bald bis in die Kindheit zurückreichen, bald um die Zeit der Geschlechtsreife beginnen oder doch eine Verschlimmerung erfahren. Auch dort stoßen wir auf Tatsachen, die das Bestehen von Stoffwechselstörungen in hohem Grade wahrscheinlich machen; auch die Epilepsie ist eine uralte und über die ganze Erde verbreitete Krankheit. Wenn man will, kann man ferner zum Verständnisse der Beziehungen zwischen Veranlagung und Erkrankung gewisse häufige Stoffwechselstörungen mit rein körperlichen Abweichungen heranziehen, den Diabetes, die Gicht, die Chlorose, deren Auftreten durch die angeborene Eigenart unzweifelhaft wesentlich begünstigt wird.

Ihre eigenen Wege sind, wie in vielen anderen klinischen Fragen, so auch in der Auffassung der Dementia praecox die Anhänger der Freudschen Komplexpsychiatrie gegangen. Zunächst haben Bleuler und Jung[1]) die Meinung vertreten, daß als die Ursachen der Krankheitserscheinungen oder doch ihres Hervortretens „Kom-

[1]) Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox. 1907; Isserlin, Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1907, 329.

plexe", stark gefühlsbetonte Vorstellungsgruppen anzusehen seien, die hier, auf krankhaftem Boden, besonders verhängnisvolle Wirkungen entfalten können. Sie sollen das Denken und Handeln weitgehend beeinflussen und, nach Jungs Ausdruck, dem Ich Licht und Luft rauben können, wie ein Krebs dem Körper die Lebenskraft nimmt. Zur Stütze dieser Behauptungen wird die Erfahrung angeführt, daß psychische Ursachen häufig Besserungen oder Verschlechterungen im Zustande der Kranken erzeugen, sowie daß manche Kranke längere Zeit hindurch Vorstellungen vorbringen, die mit gefühlsbetonten Lebensereignissen im Zusammenhange stehen. Ersteres ist im allgemeinen richtig und wohl selbstverständlich, erleidet im einzelnen aber sehr viele Ausnahmen. Wenn letzteres nicht auch hier, wie bei den verschiedensten andersartigen Geistesstörungen, vorkäme, wäre es gewiß wunderbar. Ich glaube aber aus einer für diese Frage ausreichenden Erfahrung schließen zu dürfen, daß es weit seltener ist, als man nach allgemeinen psychologischen Gesetzen erwarten dürfte, und als wir es bei manchen anderen Formen des Irreseins beobachten. Was mich ungezählte Male immer wieder verblüfft hat, war gerade das völlige Fehlen der natürlichsten gefühlsbetonten Komplexe aus gesunden Tagen. Man kann sich hier freilich durch die Annahme helfen, daß es sich um verdrängte und umgewandelte Vorstellungen handle, um „Masken", deren wahre Bedeutung erst durch feinfühlige Auslegung von Assoziationsversuchen und Träumen erraten werden könne, ein Verfahren, das nach den vorliegenden Proben für mich wenig Verlockendes hat. Will man aber als Komplexe nichts anderes bezeichnen, als die Wahnvorstellungen, in denen sich die Befürchtungen und Wünsche der Kranken widerspiegeln, so wäre das nur ein neuer und wie mir scheint, nicht gerade empfehlenswerter Ausdruck für eine alte Sache. Seine Gefahr liegt in den psychologischen Anschauungen, deren Ausfluß er ist. Die Vorstellung selbständiger, schmarotzender psychischer Neubildungen, die einerseits der Beeinflussung durch das Ich vollständig entzogen, andererseits aber imstande sind, es gänzlich umzuwandeln und fast zu vernichten, würde eine solche Menge alltäglicher und durchaus gesicherter psychologischer Erfahrungen umstoßen, daß ihre Begründung jedenfalls auf ganz andere Beweismittel gestützt werden müßte, als es bisher geschehen ist.

Die Meinung, daß ein großer Teil des klinischen Krankheitsbildes aus der Wirkung von Komplexen zu erklären sei, hat dann weiterhin zu der Unterscheidung von primären und sekundären Symptomen geführt. Nur erstere sollen den unmittelbaren Ausdruck des zerstörenden Krankheitsvorganges darstellen, während die letzteren aus der Reaktion auf die Einflüsse der Umgebung und auf die eigenen krankhaften Strebungen hervorgehen. So soll nach Riklin der Negativismus auf Sperrungen durch Komplexwirkungen beruhen; auch Personenverkennungen, Wahnbildungen, unsinnige Antworten, Perseverationen, Katalepsie werden auf Komplexe zurückgeführt, die weiterhin eine zweckmäßige Anpassung an die Umgebung verhindern. Alle jene Krankheitsäußerungen sollen unter den einmal bestehenden, durch das Leiden geschaffenen Voraussetzungen psychologisch ebenso verständlich sein, wie es nach Freuds Darlegungen die Träume sind, sobald man ihre verschmitzte und reichlich willkürliche Symbolik zu deuten gelernt hat. Jung kommt sogar zu dem Satze: „Lassen wir einen Träumenden wie einen Wachenden herumgehen und handeln, so haben wir das klinische Bild der Dementia praecox." Wenn auch zugegeben werden soll, daß auf dem Gebiete des Denkens und des sprachlichen Ausdrucks Ähnlichkeiten zwischen Traum und Dementia praecox bestehen, so ist doch die Unhaltbarkeit jener Behauptung im übrigen so handgreiflich, daß eine Widerlegung um so überflüssiger erscheint, als ihr jeder einigermaßen annehmbare Beweis fehlt.

Die Trennung der Krankheitserscheinungen in primäre und sekundäre halte ich für eine rein künstliche. Es ist gewiß unbestreitbar, daß bei unseren Kranken einige Gebiete des Seelenlebens weniger geschädigt sind als andere, und daß uns manche ihrer Gedankengänge, Äußerungen und Handlungen verständlicher würden, wenn wir deren Voraussetzungen kennten, allein das Räderwerk unserer Seele greift so innig ineinander, und der anatomische Krankheitsvorgang ist zudem ein so ausgebreiteter, daß mir eine Scheidung nach unmittelbarer oder mittelbarer Verursachung der Krankheitserscheinungen durch ihn gänzlich unmöglich erscheint. Jedenfalls sind die bisher in dieser Richtung vorliegenden Versuche nichts weniger als überzeugend.

Wesentlich anders ist die von Bleuler durchgeführte Unterscheidung von Grundstörungen und Begleiterscheinungen der

Krankheit zu beurteilen. Die ersteren bilden das eigentliche Kennzeichen des klinischen Bildes und lassen sich in jedem einzelnen Falle mehr oder weniger deutlich nachweisen; die letzteren können vorhanden sein, aber auch fehlen; sie sind nicht durch das Wesen des Krankheitsvorganges bedingt, sondern durch Umstände, die mit ihm in lockerem Zusammenhange stehen. Man wird somit als Grundstörungen diejenigen aufzufassen haben, die uns im Bilde der Dementia simplex und in dem als einfacher Schwachsinn bezeichneten Endzustande begegnen, während alle übrigen Krankheitszeichen offenbar nicht notwendige, wenn auch zum Teil sehr gewöhnliche Begleiterscheinungen des Leidens darstellen. Unter diesem Gesichtspunkte würde die Schwächung des Urteils, der geistigen Regsamkeit und der schöpferischen Fähigkeiten, die Abstumpfung der gemütlichen Anteilnahme und der Verlust der Tatkraft, endlich die Lockerung der inneren Einheitlichkeit des Seelenlebens zu den Grundstörungen der Dementia praecox zu rechnen sein, während alle übrigen Krankheitszeichen, namentlich die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, aber auch die Erregungs-, Depressions- und Stuporzustände, ferner die mannigfachen Willensstörungen, der Negativismus, die Befehlsautomatie, die Stereotypie, die Manieren, die Triebhandlungen, als mehr nebensächliche Begleiterscheinungen anzusehen wären. Bleuler zählt auch die „Ambivalenz“ und den „Autismus“ zu den Grundstörungen, jedoch, wie mir scheint, nicht ganz mit Recht, da es Endzustände der Dementia praecox gibt, denen die genannten Abweichungen fehlen, während die oben aufgeführten Grundstörungen vorhanden sind.

Durch welche Umstände das Hinzutreten der angeführten Nebenerscheinungen zum klinischen Bilde bedingt wird, ist zurzeit unbekannt. Man wird sich hier der Paralyse erinnern, bei der die einfache, kennzeichnende Verblödung, wie sie beim kindlichen Paralytiker die Regel bildet, ebenfalls durch Wahnbildungen, Erregungszustände, Verstimmungen usf. ausgestaltet werden kann. Unterschiede in der Verlaufsart und in der örtlichen Ausbreitung des Krankheitsvorganges dürften nicht ohne Bedeutung sein. Die schleichend sich entwickelnden Formen tragen bei der Paralyse wie bei der Dementia praecox gern das Gepräge eines einfachen, fortschreitenden Schwachsinns, die stürmisch auftretenden dasjenige von Erregungs- und Verwirrtheitszuständen mit lebhaften Wahn-

bildungen. Endlich dürfte für die Gestaltung des klinischen Bildes der Umstand nicht ohne Bedeutung sein, daß je nach der Entwicklung der psychischen Persönlichkeit der Krankheitsvorgang bald diese, bald jene Leistungen des Gehirns in auffallenderer Weise schädigen muß. Ich denke hier nicht an die Wirkung zufällig erworbener, zu psychischen Schmarotzern gewordener Komplexe, sondern an die sehr verschiedenartigen Folgen, die eine Hirnveränderung haben muß je nach der eigenartigen Richtung, in der die Leistungen der einzelnen verwickelten Hirnmaschine und insbesondere der geschädigten Teile vom Leben gezüchtet worden sind. So könnte sich die von mir beobachtete Seltenheit von Gehörstäuschungen bei den javanischen Kranken aus der geringeren Bedeutung erklären, die dort den Sprachvorstellungen für das Denken zukommt; so haben wir gesehen, daß mit fortschreitender Entwicklung und Erstarrung der psychischen Persönlichkeit die Wahnbildungen zusammenhängender und systematisierter zu werden pflegen. Es wäre wohl auch denkbar, daß für die Gestaltung der eigenartigen katatonischen Willensstörungen neben der Art und Ausbreitung der krankhaften Veränderungen auch die besondere Willensanlage von Wichtigkeit wäre; auffallend war es mir, daß die genannten Störungen bei den javanischen Kranken geringer ausgeprägt zu sein schienen, als bei uns.

Während Bleuler den Komplexen und überhaupt psychologischen Einflüssen nur für die Gestaltung des klinischen Bildes Bedeutung zuschreibt, nimmt Jung sie unter Umständen auch als wirkliche Krankheitsursache in Anspruch. Der affektbetonte Komplex soll dabei in ähnlicher Weise als Ausgangspunkt des Leidens wirken können wie ein Trauma oder eine Infektion. Man könnte das insoweit zugeben, als die Entstehung einer Dementia praecox durch Trauma oder Infektion ebenso unbewiesen ist wie diejenige durch Komplexe. Allein Jung gewinnt hier den Anschluß an die Vergiftungstheorie durch den Hinweis auf die Möglichkeit, daß die Gemütsbewegung etwa ein „Toxin“ erzeugen könne, wie es sonst auch wohl von selbst entstehe und die Krankheit verursache. Man verstünde nur dann wahrlich nicht, warum nicht die manisch-depressiven Kranken mit ihren stürmischen Gemütsbewegungen die verderblichen, zur Verblödung führenden Toxine in allergrößten Mengen hervorbringen!

Mehr nach der geschlechtlichen Seite hin hat Abraham die Freudschen Lehren in den Dienst der Dementia praecox gestellt. Für ihn bedeutet das Leiden die von Jugend auf bestehende „autoerotische" Veranlagung, die Unfähigkeit zur Objektliebe, die einmal Abkehr von der Umgebung, besonders Abneigung gegen die sonst in erotische Beziehungen verflochtenen Eltern, sowie Verfolgungsideen, weiterhin Neigung zur Onanie und durch Übertragung der Sexualüberschätzung auf die eigene Person Größenwahn erzeugt. Die Verfolger sind häufig frühere Geliebte; die Sinnestäuschungen betreffen stets den Komplex. Noch eine Reihe ähnlicher „Analysen" des Geisteszustandes bei Dementia praecox sind aus der Züricher Schule hervorgegangen. Sie laufen alle darauf hinaus, ein Verständnis des tieferen Sinnes zu gewinnen, der sich hinter der „Maske" der verworrenen Reden und unbegreiflichen Handlungen der Kranken verbirgt. „Freud und Jung haben gezeigt, daß das Wahnsystem der Kranken nicht im geringsten unsinnig ist, sondern den gleichen Gesetzen folgt, wie etwa ein Traum, der sich stets als eine sinnvolle Komplexbearbeitung enthüllt", heißt es. Die Komplexe sind aber so gut wie ausnahmslos sexuelle.

Wir begegnen hier überall den kennzeichnenden Grundzügen der Freudschen Forschungsrichtung, der Darstellung willkürlicher Annahmen und Vermutungen als gesicherter Tatsachen, die unbedenklich zum Aufbau immer neuer und höher sich türmender Luftschlösser benutzt werden, sodann der Neigung zu maßloser Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen. Ich muß offen gestehen, daß ich den Gedankengängen dieser „Metapsychiatrie", die wie ein Komplex die nüchterne, klinische Betrachtungsweise aufsaugt, beim besten Willen nicht zu folgen vermag. Da ich auf dem festen Boden der unmittelbaren Erfahrung zu wandeln gewöhnt bin, stolpert mein philiströses naturwissenschaftliches Gewissen auf Schritt und Tritt über Einwände, Bedenken und Zweifel, über die den Schüler Freuds die leichtbeschwingte Einbildungskraft ohne weiteres hinwegträgt. Auch ich bin der Ansicht, daß so manche Reden und Handlungen unserer Kranken nicht so unsinnig sind, wie sie uns erscheinen, und daß sicherlich geschlechtliche Regungen bei ihnen eine erhebliche Rolle spielen. Da es mir aber nur ganz ausnahmsweise gelingt, einmal die Entstehungsgeschichte meiner

eigenen Träume einigermaßen klarzulegen, obgleich doch die Vorbedingungen dafür so günstig wie möglich sind, muß ich nicht nur die Behauptung, daß der Traum „sich stets als eine sinnvolle Komplexbearbeitung enthülle“, für gänzlich in der Luft stehend erklären, sondern ich kann auch nicht den Mut finden, den Aufschlüssen, welche die „Analyse“ der unendlich viel schwieriger verständlichen Bewußtseinsvorgänge unserer Kranken liefert, irgendwelchen Glauben zu schenken. Wer freilich sich dazu entschließen kann, die Äußerungen der Kranken bald wörtlich, bald als Ausdruck des Gegenteils, bald wieder als „Symbole“ irgendwelcher anderer Vorstellungen zu betrachten — wer in allen diesen Verdrängungen, Verschiebungen, Verdeckungen sich noch zuversichtlich zurechtfindet, dem wird es schließlich auch nicht allzu schwer werden, etwa in einer Gellertschen Fabel den Hintergrund geheimer Inzestgedanken, eifersüchtiger, masochistischer, sadistischer oder homosexueller Regungen zu entdecken. —

Ob die Dementia praecox in dem hier umgrenzten Umfange eine einheitliche Krankheit darstellt, läßt sich heute nicht mit Sicherheit entscheiden. Allerdings werden wir den früher von verschiedenen Seiten gegen die Aufstellung der Krankheitsform vorgebrachten Einwand nicht mehr ausführlich zu widerlegen brauchen, daß es sich um die unberechtigte Zusammenfassung sehr verschiedenartiger ungeheilter Psychosen handle, von Melancholien, Manien, akuter und chronischer Verwirrtheit, Verrücktheit. Die klinische Erfahrung hat unzählige Male dargetan, daß es an der Hand des Krankheitsbegriffes der Dementia praecox möglich ist, den weiteren Verlauf und Ausgang eines hierher gehörigen Falles mit großer Wahrscheinlichkeit vorauszusagen; damit aber ist der Beweis geliefert, daß unser Bild der Dementia praecox in der Hauptsache natürliche Gesetzmäßigkeiten widergibt. Dennoch ist es gewiß möglich, daß sein Rahmen zurzeit noch nach mancher Richtung hin zu eng, nach anderer vielleicht zu weit gezogen ist.

Die meisten Bedenken haben sich von jeher gegen die Einbeziehung der paranoiden Formen in die Dementia praecox gerichtet. Es läßt sich auch nicht leugnen, daß die von ihnen gelieferten Zustandsbilder auf den ersten Blick mit denjenigen eines katatonischen Stupors, eines Erregungszustandes oder einer Dementia simplex nicht die geringste Ähnlichkeit haben. Indessen schon die Ver-

schiedenheit der angeführten Bilder untereinander, ebenso die ganz ähnlichen Erfahrungen bei anderen Krankheiten, bei der Paralyse, der Hirnsyphilis, beim manisch-depressiven Irresein, weisen uns darauf hin, daß es sehr mißlich ist, aus den Zustandsbildern allein Schlüsse auf die Zugehörigkeit zur gleichen oder zu verschiedenen Krankheitsformen zu ziehen. Entscheiden kann diese Frage erst der Gesamtverlauf und das bei ihm allmählich immer deutlichere Hervortreten derjenigen Krankheitszeichen, die für das Leiden wesentlich sind, gegenüber den nebensächlicheren, aber oft weit stärker ins Auge fallenden Begleiterscheinungen.

Wenden wir diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an, so ergibt sich, daß mindestens ein Teil der in paranoider Form beginnenden Erkrankungen, wie früher geschildert, in ganz dieselben Endzustände ausläuft wie die übrigen Gestaltungen der Dementia praecox. Die ursprünglich jahrelang das Krankheitsbild völlig beherrschenden Wahnvortellungen können fast spurlos verschwinden, von dem Kranken berichtigt, verleugnet oder vergessen werden, während ein einfacher hebephrenischer Schwachsinn zurückbleibt. In anderen Fällen wieder schieben sich in einen paranoiden Krankheitsverlauf Zustandsbilder ein, die unverkennbar das Gepräge der Dementia praecox tragen, läppische Erregungen mit Manieren und Stereotypien, negativistischer Stupor. Fuchs hat einen Fall beschrieben, in dem zwischen zwei derartigen akuten Schüben mehr als 10 Jahre hindurch ein rein paranoides Zustandsbild vorlag. Endlich ist darauf hinzuweisen, daß Wahnbildungen und Sinnestäuschungen ganz derselben Art, wie wir sie bei den paranoiden Erkrankungen beobachten, auch bei den meisten übrigen Formen der Dementia praecox auftreten, allerdings hier in Verbindung mit einer Reihe von anderen Krankheitszeichen. Die wechselnde Zusammensetzung der Krankheitsbilder aus einer gewissen Gruppe von Erscheinungen mit bald schwächerer, bald stärkerer Ausprägung der Einzelzüge ist uns jedoch aus den verschiedensten klinischen Formenkreisen ganz geläufig; wir werden daher auf das gelegentliche Fehlen oder auffälligere Hervortreten einzelner Kennzeichen für die klinische Beurteilung der Zustandsbilder nicht allzuviel Gewicht legen, um so weniger, wenn wir deren Zusammensetzung in einem und demselben Krankheitsfalle sich wiederholt ändern sehen.

Jedenfalls dürfen wir es, wie ich glaube, als sicher betrachten,

daß paranoide Zustandsbilder im Verlaufe der Dementia praecox auftreten können. Weit schwieriger ist die Frage zu beantworten, wie weit der Kreis paranoider Erkrankungen zu ziehen ist, den wir berechtigt sind, als Ausdrucksformen jenes Leidens anzusehen. Wenngleich es mir im Augenblick unmöglich zu sein scheint, über diesen Punkt endgültige Klarheit zu gewinnen, habe ich dennoch, im Hinblicke auf meine schon früher geäußerten Zweifel, geglaubt, eine engere Umgrenzung versuchen zu sollen. Abgetrennt habe ich demnach von der Dementia praecox vorläufig einen Teil von Magnans „Délire chronique“ und die früher so genannte Dementia paranoides, jetzt unter der Bezeichnung „Dementia phantastica“. Dagegen habe ich diejenigen, verhältnismäßig rasch in ausgeprägtes psychisches Siechtum übergehenden paranoiden Formen auch jetzt noch der Dementia praecox zugerechnet, bei denen sich neben den Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen noch in mehr oder weniger deutlicher Form jene Störungen des Gemütslebens und der Willensleistungen nachweisen lassen, die uns bei der genannten Krankheit so regelmäßig begegnen. Es erweist sich, soweit ich sehen kann, als gänzlich unmöglich, sie irgendwie scharf von der ersterwähnten paranoiden Form abzugrenzen. Sicherlich ist auch die jetzt versuchte Gruppierung keine endgültige; uns fehlen aber zurzeit durchaus noch die Voraussetzungen für eine befriedigende Lösung der hier liegenden Aufgabe.

Noch für mehrere andere Gruppen von Beobachtungen ist die Abtrennung von der Dementia praecox empfohlen worden. Tschisch hat betont, daß Katatonie und Dementia praecox grundsätzlich voneinander verschieden seien, und auch Morselli[1]) ist zu dem Ergebnisse gelangt, daß der Katatonie eine Sonderstellung gebühre; sie sei heilbar und durch Infektionen verursacht. Diese Anschauungen muß ich nach meinen Erfahrungen für irrig oder doch für gänzlich unbewiesen halten. Wenn auch nach Infektionskrankheiten katatonieähnliche Krankheitsbilder zur Beobachtung kommen, so dürfen sie doch nicht mit der übergroßen Mehrzahl von Fällen zusammengeworfen werden, in denen von derartiger Verursachung gar keine Rede sein kann. Ob katatonische Erkrankungen unter Umständen heilen können, wurde früher eingehend untersucht; in der Regel tun sie es jedenfalls nicht. Katatonische Zustandsbilder

[1]) Morselli, Rivista di freniatria sperimentale XXXIV, 3.

können sich ferner in jedem Abschnitte der Dementia praecox plötzlich einstellen, bisweilen erst nach einem Jahrzehnt. Sodann beobachten wir nach Katatonien genau die gleichen Endzustände wie bei den übrigen Formen der Dementia praecox; endlich aber können die „katatonischen" Zeichen das Krankheitsbild in allen möglichen Abstufungen und Gruppierungen begleiten. Ich sehe daher keine Möglichkeit, mit ihrer Hilfe zur Abgrenzung einer selbständigen klinischen Form zu gelangen.

Meeus hat vorgeschlagen, eine hebephrenisch-katatonische Gruppe von den paranoiden Formen und von der Dementia simplex abzugrenzen. Ich glaube jedoch, daß wir auch diese letztere nicht als besondere Krankheit anerkennen können. Sie stellt, strenggenommen, die Vorgeschichte zahlreicher Fälle von Dementia praecox dar, in denen späterhin dann noch eine reichere Entwicklung des klinischen Bildes stattfindet. Wenn man will, kann man die leichteren Fälle den „formes frustes" an die Seite stellen, wie sie von den Franzosen bei verschiedenartigen Krankheitsbildern geschildert wurden, den Formen mit schwach ausgebildeten Störungen, während die schwereren etwa der einfach dementen Paralyse zu vergleichen wären. Da zahlreiche, zunächst als Dementia simplex beginnende Fälle späterhin den gewöhnlichen Verlauf der Dementia praecox nehmen, haben wir es, wie auch Diem schon betont hat, mit schwimmenden Grenzen zu tun. Auch der Dementia infantilis eine Sonderstellung einzuräumen, wie es Vogt vorschlägt, kann ich mich nicht entschließen. Zuzugeben wird sein, daß der Krankheitsbegriff bisher ungenügend geklärt ist, und daß sich daher unter den so bezeichneten Fällen noch allerlei verschiedenartige Bestandteile finden mögen. Dennoch scheint mir das geschilderte Bild so vollständig der Dementia praecox der Erwachsenen zu entsprechen, daß wir den Kern der Beobachtungen, vorbehaltlich der Ausmerzung fremder Beimischungen, ihr wohl ohne weiteres zurechnen dürfen, da die Annahme einer Dementia praecox im Kindesalter für uns heute keine Bedenken mehr haben kann.

Eine überaus bequeme Lösung aller dieser Abgrenzungsfragen schien die von Much und Holzmann angegebene „Psychoreaktion" bieten zu können. Es handelte sich dabei um eine Hemmung der durch Kobragift bewirkten Zersetzung roter Menschenblutkörper bei Anwesenheit von Serum gewisser Geisteskranker. Da diese

hemmende Wirkung nur dem Serum von Kranken mit Dementia praecox oder manisch-depressivem Irresein zukommen sollte, so hätte sie uns ein wertvolles Hilfsmittel für die Feststellung der Zugehörigkeit bestimmter Krankheitsbilder zu einer jener beiden großen Formen und damit auch zur Ausscheidung selbständiger Gruppen geliefert. Mußte indessen schon die Gemeinsamkeit der Psychoreaktion für die beiden, einander klinisch gewiß nicht besonders nahestehenden Formenkreise sehr starke Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit erwecken, so hat die weitere Prüfung ergeben, daß von einer derartigen diagnostischen Eigenart der Reaktion vorderhand nicht die Rede sein kann, daß sie vielmehr bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen und auch bei Gesunden, ebenso bei den genannten Formen, bald eintritt, bald versagt.

Wir sind daher auch heute noch rein auf die Würdigung der klinischen Erfahrungen angewiesen. Sie hat, wie mir scheint, ergeben, daß wir mit großer Wahrscheinlichkeit die Hauptmasse der bisher unter der Bezeichnung der Dementia praecox zusammengefaßten Fälle auf den gleichen Krankheitsvorgang zurückzuführen und somit als einheitliche Krankheitsform zu betrachten berechtigt sind. Überall kehren die gleichen Grundstörungen wieder, der Verlust der inneren Einheitlichkeit im Denken, Fühlen und Handeln, die Abstumpfung der höheren Gefühle, die mannigfaltigen und eigenartigen Willensstörungen mit den an sie sich knüpfenden Wahnbildungen der psychischen Unfreiheit und Beeinflussung, endlich der Zerfall der Persönlichkeit bei verhältnismäßig geringer Schädigung des eingelernten Wissens und untergeordneter Fertigkeiten. Gewiß sind nicht alle diese Züge in jedem einzelnen Falle mit voller Deutlichkeit nachweisbar. Dennoch aber lehrt der Überblick über eine große Zahl vollständiger Beobachtungen, daß sich nirgends ein Bild auffinden läßt, welches nicht durch unmerkliche Übergänge mit allen übrigen verbunden wäre.

Jedenfalls scheinen mir die Unterschiede in den einzelnen klinischen Krankheitsfällen, sobald man ihre gesamte Entwicklung ins Auge faßt, nicht größer zu sein, als etwa bei der Paralyse. Wenn man will, kann man sogar in dem Auftreten einfach dementer, expansiver, depressiver, stuporöser, galoppierender und stationärer Verlaufsarten mit oder ohne Remissionen, sowie eigenartig sich gestaltender juveniler Fälle eine gewisse allgemeine Übereinstim-

mung in den klinischen Hauptzügen beider Krankheiten erkennen. Da die Umgrenzung der Paralyse heute gesichert ist, würden dadurch die aus der Verschiedenheit der Zustandsbilder abgeleiteten Bedenken gegen die einheitliche Auffassung der Dementia praecox abgeschwächt werden. Allerdings vermissen wir bei der Paralyse die eigentlich paranoiden Formen, aber wir finden sie statt dessen bei der Hirnlues wieder, deren klinische Gestaltungen eine noch größere Mannigfaltigkeit aufzuweisen haben.

Wenn wir somit auch die wesentlichen Umrisse der Dementia praecox als gesichert ansehen dürfen, so wird man doch mit der Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit rechnen müssen, daß uns die fortschreitende Erkenntnis noch allerlei Grenzberichtigungen bringen wird. So bedeutet die Einordnung der kindlichen Formen des Leidens, die freilich noch weiterer Erforschung bedarf, einen wesentlichen Fortschritt, auch hinsichtlich unserer ätiologischen Anschauungen. Vielleicht wird auch die sehr wünschenswerte Klärung der Lehre von den „Spätkatatonien" uns noch einen Zuwachs von Formen bringen. Auf der anderen Seite werden sich im Laufe der Zeit vielleicht wieder einige kleinere Gruppen von Beobachtungen ablösen; ich denke an diese Möglichkeit zunächst namentlich für die Fälle mit Sprachverwirrtheit und diejenigen mit periodischem Verlaufe.

Vielfach ist auch die Vermutung aufgestellt worden, daß den anscheinend geheilten Fällen ein anderer Krankheitsvorgang zugrunde liegen möge, als den verblödenden. Ich will diese Möglichkeit nicht bestreiten. Zum Teil wird es sich gewiß um einfache Fehldiagnosen handeln, meist zuungunsten des manisch-depressiven Irreseins. Es könnte aber daneben wohl noch andersartige, heilbare Krankheitsformen mit katatonieähnlichen Erscheinungen geben, die wir vorderhand von der Dementia praecox noch nicht zu unterscheiden vermögen. Gerade auch die Beobachtungen mit einfacher Fortdauer von Sinnestäuschungen ohne Zerfall der Persönlichkeit könnten mit in Betracht kommen. Es ist jedoch nicht zu verkennen, daß zwingende Gründe für die Abtrennung der nicht verblödenden Fälle bisher nicht vorliegen. Die Annahme, daß der Krankheitsvorgang der Dementia praecox je nach seiner Stärke und nach seiner Ausbreitung nicht nur verschiedenartige Ausfallserscheinungen erzeugen, sondern auch bald in Genesung ausgehen,

bald zu mehr oder weniger tiefer Verblödung führen könne, ist an sich nicht unwahrscheinlich. Freilich werden wir den dringenden Wunsch hegen, möglichst frühzeitig darüber klar zu werden, welchen Weg er einschlagen wird. —

Die Erkennung des einzelnen Falles von Dementia praecox hat die Unterscheidung der mannigfaltigen Zustandsbilder von einer ganzen Reihe äußerlich ähnlicher, aber ganz anders verlaufender und ausgehender Erkrankungen durchzuführen. Leider gibt es auf dem Gebiete der psychischen Störungen kein einziges Krankheitszeichen, das für ein bestimmtes Leiden durchaus kennzeichnend wäre. Vielmehr kann jeder einzelne Zug des Krankheitsbildes in gleicher oder doch sehr ähnlicher Form auch einmal den Ausdruck eines wesentlich anderen Krankheitsvorganges bilden, von dem gerade dieselben Gebiete in Mitleidenschaft gezogen werden. Dagegen werden wir erwarten dürfen, daß die Zusammensetzung des Gesamtbildes aus seinen verschiedenen Einzelzügen und namentlich auch die Wandlungen, die es im Laufe der Krankheitsentwicklung erfährt, kaum genau in derselben Weise von ganz andersartigen Erkrankungen erzeugt werden können; an diesem oder an jenem Punkte, früher oder später, werden sich dabei Abweichungen ergeben müssen, deren Beachtung uns die Unterscheidung der Krankheitsformen ermöglicht. Allerdings kann es unter Umständen recht schwer sein, nicht nur die diagnostische Bedeutung solcher Abweichungen richtig zu beurteilen, sondern schon ihr Bestehen selbst zu erkennen.

Besondere Wichtigkeit hat man für die Feststellung der Dementia praecox, nicht ohne Berechtigung, dem Nachweise der sogenannten „katatonischen" Krankheitszeichen beigelegt. Unter dieser Bezeichnung sind vornehmlich die von Kahlbaum zuerst als Begleiterscheinungen der Katatonie geschilderten Willensstörungen zu verstehen, die Befehlsautomatie, der Negativismus, die Manieriertheit, die Stereotypien, die Triebhandlungen. So unleugbar es ist, daß alle diese Störungen bei keiner anderen Krankheit in solcher Ausdehnung und Mannigfaltigkeit zur Beobachtung kommen wie bei der Dementia praecox, so wenig darf doch das Auftreten eines oder selbst mehrerer dieser Störungen als untrüglicher Beweis für das Vorhandensein jenes Leidens betrachtet werden. Freilich gilt diese Einschränkung für die einzelnen Störungen in sehr verschiedenem Grade.

Die Befehlsautomatie, die lediglich ein Zeichen des Darniederliegens eigener Willensregungen darstellt, findet sich bei einer großen Reihe der allerverschiedenartigsten Krankheitszustände und besitzt daher nur eine sehr geringe diagnostische Bedeutung. Triebhandlungen und Stereotypien kommen bei schweren Hirnerkrankungen, namentlich in der Paralyse, bei infektiösen Psychosen, beim Altersblödsinn, bei Idioten zur Beobachtung und dürfen somit ebenfalls nur mit großer Vorsicht für die Feststellung einer Dementia praecox verwertet werden. Weit kennzeichnender schon sind der Negativismus und die Manieren, die in ausgeprägter Form kaum irgendeinen anderen Krankheitsvorgang lange Zeit hindurch gleichförmig begleiten.

An diesem Punkte indessen erhebt sich das Bedenken, daß es oft ungemein schwer ist, zu entscheiden, ob wir es wirklich mit den echten katatonischen Krankheitszeichen zu tun haben oder nicht. Befehlsautomatie kann durch Schüchternheit vorgetäuscht werden, Triebartigkeit des Handelns durch Unklarheit der Beweggründe bei Bewußtseinstrübung mit Hemmung der gemütlichen Ausdrucksbewegungen, Stereotypie durch Einförmigkeit der Willensregungen, wie sie durch die Herrschaft bestimmter, übermächtiger Vorstellungen oder Gemütsbewegungen bedingt sein kann. Vom echten, triebartigen Negativismus ist der unwirsche, störrische Eigensinn der Paralytiker und Altersblödsinnigen, die spielerische Zurückhaltung der Hysterischen, das schnippisch-ablehnende Wesen der Manischen zu trennen, von den sinnlosen Verschrobenheiten in Handeln und Benehmen, wie sie der Dementia praecox zukommen, die selbstgefällige Geziertheit der Hysterischen wie die übermütig-scherzhafte Feierlichkeit der manischen Kranken. Vielfach wird man diese und andere ähnliche Unterscheidungen erst nach längerer Beobachtung unter wechselnden Bedingungen, nach Anstellung von allerlei Versuchen über das Verhalten der Kranken unter verschiedenartigen Einwirkungen zu treffen vermögen; bisweilen belehren erst Beobachtungen auf ganz anderen Gebieten über die richtige Deutung der Erscheinungen.

Gehen wir nunmehr daran, die Unterscheidung der Dementia praecox von den einzelnen andersartigen Erkrankungen[1]) der Reihe

[1]) Schott, Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. XVII, Erg.-Heft 99; Wilmanns, Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1907, 569; Bornstein, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie V, 145.

nach ins Auge zu fassen, so stehen wir zunächst vor der Frage, wie weit sie mit den durch krankhafte Veranlagung erzeugten Zuständen verwechselt werden kann. Daß sich unter den psychopathisch minderwertigen Persönlichkeiten möglicherweise eine Gruppe befindet, die wir als unentwickelte Fälle von Dementia praecox, als „latente Schizophrenie" nach Bleulers Bezeichnung, auffassen dürfen, wurde früher erwähnt. In Betracht kommen einmal gewisse menschenscheue, schrullige Sonderlinge, sodann vielleicht manche reizbare, unberechenbare Psychopathen mit Neigung zu Mißtrauen und Selbstüberschätzung, deren Zugehörigkeit zur Dementia praecox wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vermutet werden darf. Dagegen müssen wir eine solche Deutung wohl für die große Masse jener krankhaften Zustände, deren Grundlage Ängstlichkeit und Mangel an Selbstvertrauen bildet, ablehnen. Weist hier die Lebensführung noch so viele Sonderbarkeiten und anscheinende Unbegreiflichkeiten auf, so läßt sich deren Entstehungsgeschichte doch regelmäßig in der einen oder anderen Weise auf verständliche Beweggründe zurückführen. Nur eine kleine Gruppe von kindisch-weichmütigen, willensschwachen, unselbständigen Persönlichkeiten mit hypochondrischem Versagen des Willens scheint dem Grenzgebiete der Dementia simplex anzugehören.

Gar nicht selten wird eine beginnende Dementia praecox als einfache Nervosität, Hypochondrie oder Neurasthenie angesehen und dementsprechend behandelt, noch häufiger als sittliche Verkommenheit aufgefaßt. Das zunehmende Versagen der Leistungen wird auf Erschöpfung und Überanstrengung, vielleicht auch auf die Einwirkung irgendeines Lebensereignisses zurückgeführt. Maßgebend für die Diagnose sind hier vor allem die Zeichen der psychischen Schwäche, die Urteilslosigkeit, die Unsinnigkeit der hypochondrischen Klagen, die Unzugänglichkeit gegenüber den beruhigenden Versicherungen des Arztes, die gemütliche Stumpfheit und Interesselosigkeit, das Ausbleiben der Besserung beim Ausspannen, ferner die mehr oder weniger deutlichen Erscheinungen der Befehlsautomatie oder des Negativismus. Sinnestäuschungen und plötzliche, unbegreifliche Triebhandlungen sprechen natürlich durchaus für Dementia praecox. Zahlreiche Kranke, die wegen ihrer sittlichen Unfähigkeit zu Gewohnheitsverbrechern werden, der Prostitution

anheimfallen oder als erwerbsunfähig ins Landstreicherleben hineintreiben, werden lange Jahre hindurch gemaßregelt und bestraft, wenn die auffallenderen Zeichen der Dementia praecox fehlen, bis das Auftreten von schwereren Störungen, Aufregungs- und Stuporzuständen, Gehörstäuschungen, Wahnbildungen, die Krankhaftigkeit ihres Zustandes klarlegt. Auch hier kann dem Kundigen die Zerfahrenheit des Denkens und Handelns und die eigentümliche Stumpfheit, mit der die Kranken alles über sich ergehen lassen, Fingerzeige für die richtige Beurteilung geben. Von besonderer Wichtigkeit ist der Nachweis, daß sich in einem gewissen Lebensabschnitte eine Umwandlung der ganzen Persönlichkeit, ein Herabsinken und Versagen, vollzogen hat, doch können die Vorläufer einer solchen „erworbenen folie morale", wie wir gesehen haben, auch bis in die Kindheit zurückgehen. Manche Kranke geraten ins Trinken und überraschen nun durch die außerordentliche Schnelligkeit, mit der sie jeden Halt verlieren, die unbegreiflichsten Handlungen vollführen und gänzlich verkommen. Dabei besteht auch in nüchternen Zeiten ein völliger Mangel an Verständnis für die Tragweite der sich abspielenden Vorgänge und stumpfe Gleichgültigkeit gegenüber den aus ihnen sich ergebenden Folgen.

Schwächezustände, die durch Dementia praecox erzeugt wurden, können als Imbezillität oder Idiotie aufgefaßt werden, namentlich wenn sie schon in der Kindheit entstanden sind, während sonst die Vorgeschichte in der Regel auf die Eigenart des Leidens hinweisen wird. Bisweilen wird man aus dem Vergleiche der augenblicklichen Leistungen mit früheren Schulzeugnissen, Aufsätzen, Briefen die Tatsache des geistigen Rückganges feststellen und daraus auf die Wahrscheinlichkeit einer Dementia praecox schließen können. Wo Überbleibsel der überstandenen Krankheit zurückgeblieben sind, Gehörstäuschungen, Wahnbildungen, Manieren, negativistische Züge, wird die Entscheidung leicht sein. Diagnostisch nicht verwertbar sind jedoch die einfachen rhythmischen Bewegungen, die als Zeichen sehr tiefer Schädigung der Willensmaschine auch durch andere Krankheitsvorgänge erzeugt werden können. Handelt es sich um einen einfachen Schwachsinn ohne besonders kennzeichnende Störungen, so kann öfters das Mißverhältnis zwischen Wissen und Können Anhaltspunkte für die Beurteilung geben. Da durch die Dementia praecox weniger der gedächtnismäßige Besitz, als die

Fähigkeit zu seiner Verwertung geschädigt wird, finden wir bei ihr oft noch überraschende Kenntnisse, während doch die Leistungsfähigkeit die allerschwerste Einbuße erlitten hat. Imbezille dagegen finden sich oft in ihren alltäglichen Aufgaben auch dann leidlich gut zurecht, wenn ihr Wissen auf äußerst tiefer Stufe steht. Wichtig ist die richtige Erkenntnis namentlich für den Militärarzt, da die tiefe Unfähigkeit der Hebephrenen leicht als Faulheit und Verstocktheit ausgelegt wird und dann zu Maßregelungen führt, die ernste Verschlimmerungen des Zustandes zur Folge haben können. Ein von Jugend auf bestehender Schwachsinn ohne Herderscheinungen, der späterhin eine Verschlechterung erfährt, ist in der Regel als Pfropfhebephrenie anzusehen, wenn sich Epilepsie und Hirnlues ausschließen lassen, erstere durch das Fehlen von Anfällen, letztere durch das Versagen der Wassermannschen Reaktion. In manchen Fällen wird die Erkennung der Sachlage wesentlich erleichtert durch das Fehlen der psychischen Pupillenreaktion.

Bei weitem am wichtigsten, zugleich aber auch am schwierigsten ist die Unterscheidung der Dementia praecox von den einzelnen Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins[1]). So wenig wir bezweifeln können, daß wir hier zwei ihrem Wesen nach durchaus verschiedene Krankheitsvorgänge auseinanderzuhalten haben, und so einfach sich in der großen Mehrzahl der Fälle die Abgrenzung gestaltet, so unzulänglich erscheinen unsere Unterscheidungsmerkmale noch in jenen Fällen, in denen wir ein Gemisch von Krankheitszeichen beider Psychosen vorfinden. Weit auseinander gehen noch die Meinungen, ob hier den „katatonischen" oder den zirkulären Störungen das größere Gewicht für die Zuordnung des Falles zuerkannt werden müsse. Ich halte schon diese Fragestellung für falsch und komme mehr und mehr zu der Ansicht, daß man sich grundsätzlich hüten muß, einer einzelnen Krankheitserscheinung kennzeichnende Bedeutung zuzumessen. Nicht einmal so weit auseinanderweichende Zustände, wie die manische, die paralytische und die alkoholische Erregung, lassen sich auf Grund eines einzelnen psychischen Merkmals mit Sicherheit voneinander unterscheiden. Wir müssen uns ja wohl auch vorstellen, daß die Krankheitsursachen überall auf vorgebildete Einrichtungen in

---

[1]) Urstein, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. 1909; Thomsen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LXIV, 631.

unserm Gehirn treffen, deren selbständiges krankhaftes Spiel dann im klinischen Bilde zum Ausdrucke gelangt. Alle möglichen Reize werden somit durch ihr Angreifen am gleichen Punkte vielleicht ganz ähnliche psychische Krankheitserscheinungen hervorrufen können. Was aber durch verschiedenartige Krankheitsvorgänge schwerlich jemals in ganz gleicher Weise erzeugt wird, das ist, wie schon oben erwähnt, das klinische Gesamtbild, einschließlich der Entwicklung, des Verlaufes und Ausganges. Wenn daher auch einzelne Krankheitszeichen und unter Umständen ganze Zustandsbilder nicht immer mit Sicherheit im Sinne einer bestimmten Krankheit zu deuten sind, wird doch ein vollständiger Überblick über den ganzen Krankheitsfall wenigstens dann regelmäßig zum Ziele führen, wenn unser Wissen auf dem betreffenden Gebiete den Anforderungen einer solchen Aufgabe schon genügt.

Bei dem Streite über die Bedeutung einzelner Krankheitszeichen ist jedoch ferner im Auge zu behalten, daß ihr Wert ein sehr verschiedenartiger ist. So umfaßt der häufig angewendete Begriff der „katatonischen" Erscheinungen[1]) eine Anzahl von Merkmalen, die nur zum kleinsten Teile der Katatonie besonders eigentümlich sind. Katalepsie, Echoerscheinungen, Gesichterschneiden, geziertes Wesen, Vorbeireden, Sprechen in künstlichen Sprachen, rhythmische Bewegungen, eigentümliche Gebärden und Stellungen berechtigen, wie ich mit Wilmanns betonen muß, für sich allein noch nicht dazu, einen Fall als Katatonie aufzufassen. Mehr oder weniger beweisend wird erst ihre Häufung und ihre Verbindung mit noch anderen, für sich ebenfalls nicht kennzeichnenden Störungen, wie Gehörstäuschungen, Wahn der Willensbeeinflussung, ablehnendes Wesen, Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, Unbeeinflußbarkeit, Ausbleiben von Abwehrbewegungen, unvermittelter Wechsel von Stupor und Erregung usf. Die verhältnismäßig größte Bedeutung als Einzelsymptom scheint mir, wie schon erwähnt, der echte Negativismus zu besitzen, das triebartige, rein passive Widerstreben. Auch hier jedoch wird man sich täuschen können, zumal es bisweilen unmöglich ist, darüber klar zu werden, ob triebartiges oder durch Vorstellungen und Gemütsvorgänge begründetes Widerstreben vorliegt. Die gleiche Schwierigkeit begegnet uns übrigens bei den übrigen

[1]) Soutzo, Les symptomes catatoniques; leur mécanisme et leur valeur clinique. 1903.

katatonischen Krankheitszeichen. Sie können schon deswegen nicht immer eindeutig sein, weil wir im einzelnen Falle nur das äußere Verhalten, nicht aber die innere Entstehungsgeschichte kennen.

Wir mir scheint, können die zirkulären Krankheitszeichen ebensowenig den Anspruch auf unverbrüchliche diagnostische Bedeutung erheben. Zunächst gilt das vom periodischen oder auch zirkulären Verlaufe, der, wenn auch wohl mit gewissen Abweichungen, in ganz ähnlicher Weise bei der Dementia praecox vorkommen kann. Der in seinen leichteren Formen so kennzeichnende manische Betätigungsdrang nähert sich bei starker Erregung oft sehr dem Bilde der katatonischen Tobsucht; die Ideenflucht wird unter gleichen Umständen nicht selten zum einförmigen, haftenden Gefasel. Für die Willens- und Denkhemmung gilt ähnliches wie für den Negativismus; es kann unmöglich sein, sie von dem Fehlen der geistigen Regsamkeit und der Willensantriebe zu unterscheiden, wie sie der Dementia praecox eigentümlich ist. Bisweilen sind die Kranken selbst imstande, über die innere Entstehungsgeschichte ihrer Handlungen Auskünfte zu geben, die dann von besonderer Wichtigkeit für die Deutung werden können. Freilich gestatten auch sie nicht immer ein sicheres Urteil. Im Beginne einer Dementia praecox, wo die Kranken die allmähliche Vernichtung ihres Willens oft sehr deutlich empfinden, hört man von ihnen öfters ganz ähnliche Äußerungen, wie von manisch-depressiven Kranken, wenn sie sich auch in Wirklichkeit auf wesentlich verschiedene Vorgänge beziehen.

Die Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins wird man daher, wie ich glaube, nicht aus einem einzelnen, wenn auch anscheinend noch so eindeutigen Zeichen erkennen, sondern nur aus ihrem klinischen Gesamtbilde unter vorsichtiger Abwägung der Beziehungen, die zwischen seinen einzelnen Zügen bestehen. Ohne Zweifel wird man für die Abgrenzung von der Dementia praecox auf die von Stransky besonders in den Vordergrund gerückte „intrapsychische Ataxie" großes Gewicht zu legen haben, auf den Mangel an innerer Folgerichtigkeit der seelischen Vorgänge, der die letztgenannte Krankheit auszeichnet. Leider ist es nicht immer leicht, das Bestehen dieser Störung zu erkennen, da auch in den Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins durch die verschiedenartige Schädigung nahe verwandter Leistungen und das Ineinandergreifen verschiedener Zustände vorübergehend wenigstens

äußerlich ähnliche Bilder entstehen können (Ideenflucht mit Denkhemmung, Größenideen bei depressiver Stimmung usf.).

Von verschiedenen Seiten ist man bestrebt gewesen, den Assoziationsversuch zur Kennzeichnung der beiden hier besprochenen Krankheiten heranzuziehen. Isserlin macht besonders darauf aufmerksam, daß manisch-depressive Kranke regelmäßig das Bedürfnis zeigen, auf die Aufgabe einzugehen, auch wenn sie gleichgültig und gedankenarm erscheinen. Demgegenüber beobachtet man bei der Dementia praecox Haften einzelner Antworten, bisweilen durch ganze Versuchsreihen, gänzlich unsinnige oder manierierte Assoziationen, ablehnendes Verhalten, unvermittelten Wechsel zwischen sehr kurzen und stark verlängerten Zeiten. Auch Bornstein fand häufiges Ausbleiben, Wiederholungen, Dürftigkeit der Assoziationen bei Dementia praecox, im Gegensatze zu der Neigung der Manischen, alle möglichen Anknüpfungen vorzubringen, den Faden weiterzuspinnen; die hier häufigen Klangassoziationen fehlten dort fast ganz.

Fassen wir nunmehr die einzelnen klinischen Zustandsbilder ins Auge, so spricht bei den depressiven Formen frühzeitiges Auftreten zahlreicher Gehörstäuschungen und unsinniger Wahnvorstellungen, namentlich die Idee der Willensbeeinflussung, sehr entschieden für Dementia praecox, zumal bei Erhaltenbleiben der Besonnenheit. Gehörstäuschungen sind beim manisch-depressiven Irresein weit seltener und haben gewöhnlich ein unbestimmteres Gepräge, so daß die Kranken ihren Inhalt nicht wörtlich, sondern nur in allgemeinen Ausdrücken wiederzugeben pflegen und sie sehr häufig als Gewissensstimmen in ihr eigenes Innere verlegen; die Kranken beunruhigen sich lebhaft über sie, zumal ihr Inhalt regelmäßig in engster Beziehung zu ihren depressiven Vorstellungen steht. Der Gedankengang der Kranken ist erschwert, was ihnen meist in qualvoller Weise fühlbar wird. Wilmanns legt auf diese „intrapsychische Hemmung“, das „Insuffizienzgefühl“ ein außerordentliches Gewicht für die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins und hält sie ebenso wie die hypomanische Stimmung für kennzeichnender, als die „katatonischen“ Erscheinungen bei der Dementia praecox. Ich habe dagegen noch allerlei Bedenken. Es ist indessen richtig, daß die Kranken mit Dementia praecox, die ebenfalls öfters über Denkunfähigkeit klagen, nicht sowohl das Gefühl der inneren Hemmung, als dasjenige der Beeinflussung

durch fremde Einwirkung zu schildern pflegen; sie können nicht denken, was sie wollen, und müssen denken, was sie nicht wollen, was ihnen aufgedrungen wird, während die zirkulären Kranken ihre Gedanken nicht sammeln und zur Klarheit bringen, unter Umständen, bei innerer Ideenflucht, auch nicht festhalten können, aber sich nur ausnahmsweise von fremden Einflüssen beherrscht fühlen. Urstein meint, daß die Kranken mit Dementia praecox nur subjektive Hemmung empfinden, während sie in den zirkulären Depressionszuständen subjektiv und objektiv gehemmt seien. Ich kann weder hier noch dort zustimmen.

Allgemein findet man bei den zirkulären Kranken mehr Neigung und Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, zu peinlicher Zergliederung ihrer Seelenzustände, im Gegensatze zu der Gleichgültigkeit, mit der wir in der Dementia praecox sooft die Kranken den tiefgreifendsten Störungen ihres Seelenlebens gegenüberstehen sehen. Hier werden auch die aufregendsten Wahnvorstellungen mit merkwürdig geringer Gemütsbeteiligung vorgebracht und veranlassen den Kranken in der Regel auch nicht zu bestimmtem, planmäßigem Handeln. Höchst auffallend ist es, daß sich die Kranken über die ebenso rätselhafte wie unheimliche Erscheinung des Hörens von Stimmen, abgesehen von deren bald aufreizendem, bald ganz belanglosem Inhalte, gar nicht zu beunruhigen pflegen und oft monatelang nicht die geringste Klage deswegen vorbringen, wenn man sie nicht besonders danach befragt. Überhaupt gelingt es nur schwer, Einblick in die sich in ihrem Innern abspielenden Vorgänge zu gewinnen, auch wenn sich die Kranken ohne Schwierigkeit zu äußern vermögen; sie sind wortkarg, ablehnend, weichen den Fragen aus, geben unbestimmte, nichtssagende Auskunft. Auch an den Vorgängen in der Umgebung nehmen sie keinen Anteil, begrüßen ihre Angehörigen beim Besuche nicht, sprechen dabei kein Wort, verzehren aber vielleicht mit Gier alles, was sie mitgebracht haben.

Demgegenüber wird man in den zirkulären Depressionszuständen niemals die Anzeichen der Angst oder Niedergeschlagenheit vermissen. Allerdings können die Äußerungen der inneren Zustände in erheblichem Maße eingeschränkt sein. Dennoch zeigt sich die gemütliche Beeinflußbarkeit durch Anregung gefühlsbetonter Vorstellungen, Briefe, Besuche, bei längerem Zureden doch meist unverkennbar in den Anzeichen von Spannung oder Erregung, bisweilen sogar in

heftigen Gefühlsausbrüchen. Durch die Vorgänge in der Umgebung werden die Kranken weit stärker berührt, beziehen sie auf sich, geraten in Angst. Während in der Dementia praecox die gemütlichen Regungen schweigen, ohne daß die Kranken diese Störung beachten oder doch dadurch beunruhigt würden, klagen die zirkulären Kranken in verzweifelten Ausdrücken über das Gefühl der inneren Öde und Leere, über ihre Unfähigkeit, Freude und Leid zu empfinden, obgleich in ihrem Verhalten Gemütsbewegungen von großer Lebhaftigkeit hervortreten. Dem Arzte gegenüber sind sie zwar ebenfalls oft einsilbig, weichen aber nicht aus, lassen sich durch Zureden zu weiteren Äußerungen anregen. Ihre Klagen bringen sie regelmäßig mit den Zeichen innerer Ergriffenheit vor. Ihr Handeln entwickelt sich folgerichtig aus ihrem Vorstellungsinhalte und aus ihrer Stimmung, auch wenn es an sich noch so unsinnig ist, während in der Dementia praecox vielfach ganz unvermittelte, auch dem Kranken selbst nicht erklärliche Antriebe den inneren Zusammenhang der Seelenvorgänge durchbrechen.

Einförmiges Jammern ängstlicher Kranker darf nicht zur Annahme katatonischer Stereotypie verführen. Die stete Wiederkehr derselben sprachlichen Äußerungen und Gebärden ist hier nicht die Folge sinnloser, perseverierender Antriebe, sondern der Ausdruck einer dauernden, alles beherrschenden Gemütsbewegung, die immerfort dieselben Vorstellungen erzeugt und sich mit denselben Hilfsmitteln Luft zu machen sucht. Freilich können die ursprünglich sinnvollen Bewegungen und Äußerungen im Laufe der Zeit eine gewisse Erstarrung zeigen, Zupfen, Trippeln, Nesteln, rhythmisches Schreien. Eine Kranke machte jahrelang die Bewegungen und Laute der wilden Tiere nach, in die sie sich verwandelt glaubte. In der Regel wird es doch möglich sein, den Ursprung aus Vorstellungen und Gemütsbewegungen nachzuweisen, im Gegensatze zu den rein triebartigen, sinnlosen Willensentladungen bei der Dementia praecox.

Sehr wichtig ist die Unterscheidung des Negativismus von dem ängstlichen Widerstreben und der Willenshemmung im manisch-depressiven Irresein. Schon das Verhalten bei der Annäherung und Anrede des Arztes läßt gewisse Schlüsse zu. Der negativistische Kranke blickt nicht auf, verkriecht sich vielleicht, wendet sich ab oder starrt vor sich hin und verrät durch keine Miene,

daß er irgend etwas wahrnimmt. Gleichwohl faßt er in der Regel besser auf, als der zirkuläre Kranke, der zwar auch vielleicht stumm und regungslos bleibt, aber doch in seiner Blickrichtung, im Gesichtsausdruck, in leichten Bewegungsansätzen, Beschleunigung des Pulses, Erröten, Stocken der Atmung erkennen läßt, daß er durch die Eindrücke berührt wird. Dort begegnen wir ferner starrem Widerstande bei jedem Versuche der Lageänderung, aber erst bei wirklichem Eingreifen; dagegen ertragen die Kranken einfache oder auch schmerzhafte Berührungen und selbst gefährliche Bedrohungen (Nadel am Auge) meist ohne Abwehr, geraten nicht in Erregung, weichen höchstens aus, lassen die in das Augenlid eingestochene Nadel ruhig stecken. Endlich kann der Widerstand von selbst oder unter dem Einflusse vorsichtigen Zwanges ohne weiteres in Befehlsautomatie übergehen. Hier dagegen beginnt das Widerstreben mit der drohenden Gefahr, gleichviel, ob eine Lageveränderung stattfindet oder nicht; auch nehmen die aus ihrer Stellung gebrachten Glieder nicht mit unverbrüchlicher Zähigkeit wieder genau die frühere Haltung an. Zugleich führt die drohende Annäherung zu lebhaften Gefühlsäußerungen, zu Aufschreien, Ausweichen, ängstlicher Abwehr.

Der stuporöse Katatoniker bewegt sich meist wenig oder gar nicht, besonders nicht bei Aufforderung. Zureden hat keinen Erfolg oder verstärkt noch seinen Widerstand. Wenn er aber doch handelt, was ganz unberechenbar ist, so geschieht dies ohne erkennbare Verlangsamung, oft sogar ungemein schnell, während beim Gehemmten solche Handlungen, die Willensentschlüsse erfordern, langsam und zögernd zustande kommen, wie sich hier und da schon bei ganz einfachen Bewegungen oder Antworten dartun läßt. Bisweilen kann man hier nachweisen, daß fest eingelernte sprachliche Äußerungen, wie Zählen, ungehindert vonstatten gehen, während sich die Schwierigkeiten verstärken, sobald man auf die krankhaften Vorstellungen eingeht, ein Zeichen dafür, daß gemütliche Einflüsse eine maßgebende Rolle spielen. Manche geforderte Bewegung bleibt ganz aus, doch sieht man in diesem Falle häufig wenigstens die Ansätze zu der verlangten Handlung (leise Lippenbewegungen, Zucken in den Fingern), namentlich wenn die Hemmung allmählich durch kräftiges Zureden überwunden wird. Umgekehrt kann man beim Katatoniker beobachten, wie der etwa anfangs auftretende

Antrieb unmittelbar darauf unterbrochen, rückgängig gemacht, vielleicht sogar in sein Gegenteil verkehrt wird.

Für die Unterscheidung der Erregungszustände der Dementia praecox von manischen Anfällen ist zunächst zu beachten, daß die Auffassungsfähigkeit und Besonnenheit in der Manie stärker geschädigt zu sein pflegt, als dort. Während die Kranken auch in der wildesten katatonischen Tobsucht über ihre Lage und Umgebung meist überraschend klar sind, werden wir in schweren manischen Erregungen stets einer erheblichen Störung der Auffassung, des Denkens und der Orientierung begegnen. Die Aufmerksamkeit beschäftigt sich in den agitierten Zustandsbildern der Dementia praecox kaum mit der Umgebung, obgleich diese recht gut aufgefaßt wird; sie ist wenig ablenkbar. Der Manische dagegen nimmt ungenau und flüchtig wahr, wendet sich aber jeder neuen Erscheinung zu, die in seinen Gesichtskreis eintritt. Er redet den Arzt vielfach sofort an, überschüttet ihn mit einem Schwall von Worten, während der katatonisch Erregte sich gar nicht um jenen kümmert, in seinem Bewegungsdrange einfach fortfährt und nur durch besondere Bemühungen zu einer sinngemäßen Antwort gebracht werden kann.

Der Inhalt der Reden ist hier häufig völlig sinnlos und zerfahren, trotz sehr geringer Erregung, während wir das wenigstens annähernde Verständnis für die manischen Gedankengänge auch bei heftigster Tobsucht selten ganz verlieren. Dazu kommt dort das Kleben an einzelnen Ausdrücken bis zur ausgeprägten Verbigeration; dagegen läßt der manische Gedankengang trotz aller Zusammenhangslosigkeit doch fast immer das Fortschreiten von einem Vorstellungskreise zum andern erkennen. Reden in selbsterfundener Sprache kommt auch bei Manischen vor, aber nur in Form der Prahlerei mit fremden Sprachkenntnissen; ebenso erscheinen gelegentliche Wortneubildungen als burschikose Späße und nicht, wie bei der Dementia praecox, als Entgleisungen des sprachlichen Ausdrucks. Neigung zu Klangassoziationen und Reimen neben ideenflüchtigen Äußerungen ist dem manischen Reden eigentümlich; dagegen spricht sinnloses, einförmiges Silbengeklingel für Dementia praecox.

Ein Teil dieser Unterscheidungsmerkmale fällt fort bei der Manie mit Denkhemmung, deren spärliche und einförmige sprachliche Äußerungen nebst der inhaltleeren Heiterkeit ganz den Eindruck des Schwachsinns hervorrufen und damit die Annahme einer

Dementia praecox sehr nahe legen können. Indessen handelt es sich hier um Gedankenarmut und dadurch bedingte Dürftigkeit des Inhalts der Reden und nicht um beziehungslose Zerfahrenheit und triebartige Stereotypie. Das Lachen knüpft vielfach an äußere Anlässe an, und dazwischen schieben sich einzelne, mehr scherzhafte und übermütige, als sinnlose Handlungen. Die Stimmung ist in der Manie meist lustig, übermütig oder gereizt, bei der Dementia praecox aber läppisch, krampfhaft ausgelassen oder gleichgültig; Dreyfus spricht davon, daß die Heiterkeit der Manischen etwas Ansteckendes, bei der Dementia praecox etwas Abstoßendes habe; sie steht außer Beziehung zum Vorstellungsinhalte der Kranken. In den Äußerungen der Kranken mit Dementia praecox tritt auch bei geringer Erregung oft dauernd eine gesuchte Unflätigkeit hervor, wie sie uns bei Manischen nur in gelegentlichen Schimpfausbrüchen einmal begegnet.

Zu beachten ist ferner namentlich die Zwecklosigkeit der katatonischen Bewegungen gegenüber dem Beschäftigungsdrange des Manischen, der regelmäßig Beziehungen zur Umgebung sucht. Dort sind die Bewegungen einförmig, wiederholen sich ungezählte Male in gleicher Weise, während sie hier, von wechselnden Eindrücken, Vorstellungen und Gefühlen abhängig, immer neue Formen anzunehmen pflegen. Nicht selten begegnen wir in den Erregungszuständen der Dementia praecox einem auffallenden Mißverhältnisse zwischen Rede- und Bewegungsdrang, vielleicht deswegen, weil beide hier nicht durch höhere psychische Vorgänge in Beziehung zueinander gebracht werden. Die Kranken können in stürmischer Bewegung sein, ohne ein Wort dabei zu sprechen, oder sie schwatzen unaufhörlich, ohne sich von der Stelle zu rühren, und selbst ohne lebhaftere Gebärden. Daher beschränkt sich der Bewegungsdrang hier oft auf einen ganz kleinen Raum, etwa einen Teil des Bettes; der Manische sucht dagegen überall nach Gelegenheit zur Betätigung, läuft herum, beschäftigt sich mit anderen Kranken, folgt dem Arzte, treibt den verschiedenartigsten Unfug. Dazu kommen die Gezwungenheit und Gespreiztheit der Bewegungen, die Manieren und unsinnigen Antriebe bei der Katatonie, im Gegensatze zu dem natürlichen und dem Gesunden viel verständlicheren Benehmen des Manischen. Mit anderen Worten: In der Manie sind Auffassung, Denken, Orientierung verhältnismäßig stärker gestört, als in den

Erregungszuständen der Dementia praecox, während hier namentlich die gemütlichen Regungen, das Handeln und der sprachliche Ausdruck in eigenartiger Weise geschädigt werden.

Besondere Schwierigkeiten bieten der Abgrenzung, wie Wilmanns mit Recht hervorhebt, die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. Die Unterscheidung der gedankenarmen Manie von der katatonischen Erregung wurde schon berührt. Beim manischen Stupor dürften die eigentümlich lustige Stimmung, die lebhafte, wenn auch versteckte, Aufmerksamkeit für die Umgebung bei leichter Unbesinnlichkeit, die scherzhaften, freilich oft spärlichen und inhaltleeren Bemerkungen, die Beeinflußbarkeit durch Zureden und äußere Vorgänge, endlich das gelegentliche zweckvolle, übermütige Handeln der Manischen gegenüber der leeren Heiterkeit, der Gleichgültigkeit und Unzugänglichkeit, den zerfahrenen, beziehungslosen Reden sowie den unsinnigen, einförmigen, triebartigen Willensentladungen in der Dementia praecox bei längerer Beobachtung meist die Unterscheidung ermöglichen. Für die richtige Deutung der übrigen Mischzustände lassen sich aus der Beachtung der sie zusammensetzenden Einzelstörungen entsprechende Gesichtspunkte gewinnen.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen bietet im allgemeinen wenig Anhaltspunkte für die Unterscheidung der beiden hier besprochenen Krankheiten. Versündigungswahn, Verfolgungsideen, hypochondrische Vorstellungen können dort wie hier in ganz ähnlichen Formen auftreten. Größenideen wird man im manisch-depressiven Irresein meist nur dann antreffen, wenn auch noch andere Anzeichen manischer Zustandsbilder erkennbar sind. Der Wahn körperlicher, namentlich geschlechtlicher Beeinflussung spricht mit großer Wahrscheinlichkeit, die Idee der Gedanken- und Willensbeeinflussung fast sicher für Dementia praecox. Thomsen weist darauf hin, daß die Wahnbildungen beim manisch-depressiven Irresein untereinander mehr in Zusammenhang stehen, innerlich einheitlicher, bei der Dementia praecox wechselnder, zerfahrener sind. Unsinnigkeit der Wahnvorstellungen darf nicht ohne weiteres als Zeichen von geistiger Schwäche angesehen werden, doch pflegt sie bei manisch-depressiven Kranken entweder mit sehr lebhafter Gemütsbeteiligung oder mit traumhafter Unklarheit verbunden zu sein. Wo diese Begleiterscheinungen fehlen, Größenideen sich

mit dem Wahne der Willensbeeinflussung verbinden und vielleicht noch dauernd lebhafte Gehörstäuschungen bestehen, wird die Annahme einer Dementia praecox gerechtfertigt sein.

Besonders erschwert wird die Erkennung einer Dementia praecox öfters durch ihren Verlauf in einzelnen, durch annähernd freie Zwischenzeiten getrennten Anfällen. Wenn das klinische Zustandsbild nicht ganz unzweideutig war, wird in solchen Fällen immer die Frage aufzuwerfen sein, ob es sich nicht um ein manisch-depressives Irresein gehandelt habe, namentlich wenn dabei noch Zustände von Depression mit solchen von Erregung wechselten. Thomsen hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß der Verlauf der einzelnen Abschnitte des manisch-depressiven Irreseins im allgemeinen ein gleichmäßigerer zu sein pflegt. Plötzlicher und schroffer Wechsel der Zustandsbilder wird ebenso wie Kürze und Unregelmäßigkeit der Anfälle und Zwischenzeiten, namentlich bei häufigerer Wiederholung, mehr den Verdacht auf Dementia praecox erwecken müssen. Vor allem aber wird man das Verhalten der Kranken während der Besserungen zu beachten haben. Anscheinend völlige Wiederherstellung, klare Krankheitseinsicht, Rückkehr der früheren Leistungsfähigkeit, Fehlen aller Absonderlichkeiten in Handeln und Benehmen wird ein manisch-depressives Irresein wahrscheinlich machen, wenn auch nicht durchaus sicher stellen. Andererseits läßt Zurückbleiben jener Eigentümlichkeiten, die wir früher bei der Besprechung der Remissionen kennen gelernt haben, den Schluß auf eine Dementia praecox zu, bald stilles, unfreies oder unzugängliches, ablehnendes, bald reizbares, eigensinniges oder schrulliges, sonderbares Wesen, gemütliche Stumpfheit, Verlust des Strebens und der Tatkraft. Wilmanns hat indessen zutreffend darauf hingewiesen, daß Schüchternheit und Verlegenheit bei der Untersuchung die genannten Störungen vortäuschen können, ferner daß es sich unter Umständen um noch schwindende Krankheitsreste handelt, endlich, daß auch bei manisch-depressiven Kranken zwischen den Anfällen nicht selten allerlei Abweichungen nachweisbar sind. Allerdings dürften sie sich mehr an die dieser Krankheit zugehörigen Zustände anlehnen, Ängstlichkeit oder Niedergeschlagenheit, Menschenscheu, Unruhe und Ratlosigkeit, häufig auch Mangel an klarem Krankheitsverständnis.

Es wird hier nicht immer leicht sein, aus den oft geringfügigen

Anhaltspunkten ein sicheres Urteil zu gewinnen. Zendig suchte unter 370 Fällen von Dementia praecox nach einigen Jahren 127 wieder auf, bei denen die Diagnose nicht ganz sicher erschien. Er kam zu dem Schlusse, daß von ihnen 67 Kranke, überwiegend Frauen, mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit als manisch-depressiv anzusehen seien, weil sie entweder gar keine oder doch nur solche Abweichungen darboten, wie sie sich im Rahmen der genannten Krankheitsform erwarten ließen. Das Ergebnis ist jedoch sicher kein endgültiges. Meine Erfahrungen haben mir gezeigt, daß in Fällen mit nicht ganz klarem klinischem Krankheitsbilde die Möglichkeit einer Dementia praecox überall nicht außer acht gelassen werden darf, wo sich nach dem Krankheitsanfalle irgendwelche Veränderungen der psychischen Persönlichkeit eingestellt haben. Dennoch werden lange Jahre zurückliegende, in annähernde Genesung ausgegangene, noch mehr aber wiederholte Anfälle, namentlich solche von gegensätzlicher Färbung, die keinen erkennbaren Schwächezustand herbeigeführt haben, mit seltenen Ausnahmen zur Diagnose eines manisch-depressiven Irreseins berechtigen.

Recht häufig werden Fälle von Dementia praecox als Hysterien[1]) aufgefaßt; dazu pflegt einerseits das gezierte, oft erotische Benehmen der Kranken, andererseits das Vorkommen hysteriformer Krampferscheinungen zu verführen. Die faseligen Endzustände mit Wahnbildungen werden dann wohl als hyterische Verrücktheit bezeichnet. Maggiotto berichtet, daß sich unter 101 Kranken mit der Bezeichnung Hysterie 47 als Fälle von Dementia praecox herausstellten; unter weiteren 240 vermeintlich Hysterischen fanden sich 43 derartige Fehldiagnosen. Was Hysterie und Dementia praecox voneinander unterscheidet, ist vor allem das Verhalten der gemütlichen Regungen. Dort finden wir eine erhöhte, hier eine verminderte Ansprechbarkeit des Gefühlslebens. Bei Hysterischen beobachten wir deswegen rasche, starke und oft auch nachhaltige Beeinflussung durch gefühlsbetonte Eindrücke, während die Gemütsbewegungen bei der Dementia praecox meist flach oder doch von kurzer Dauer und wesentlich unabhängig von äußeren Einwirkungen sind. Die dauernden inneren Beziehungen zu den Vorgängen der Außenwelt, wie sie sich bei Hysterischen durch die lebhafte Gefühlsbetonung der

[1]) Reyneau, Démence précoce et hystérie. Thèse. 1905.

Lebensereignisse herausbilden, sind bei der Dementia praecox erloschen oder doch stark abgeschwächt; die Kranken bleiben gleichgültig gegenüber Besuchen, überraschenden Mitteilungen, aufregenden Erlebnissen, die dort alsbald durch lebhafte Reaktionen beantwortet werden. Stransky weist darauf hin, daß die Kranken mit Dementia praecox auch nach den heftigsten Erregungen sofort ruhig und tief einschlafen können, während bei Hysterischen die Gemütsbewegungen weit längere Zeit nachwirken.

Das Widerstreben der Hysterischen ist kein triebartiges, sondern es trägt bald den Stempel zorniger Gereiztheit, bald denjenigen kindischen Trotzes oder gezierter Koketterie; es beschränkt sich nicht auf den passiven Widerstand, wie zumeist bei der Dementia praecox, sondern führt zu Ausbrüchen des Unwillens und zu Abwehrbewegungen; vielfach läßt es sich durch Zureden beseitigen, im Gegensatze zu der starren Unbeeinflußbarkeit der Katatoniker. Das gezierte Benehmen der Hysterischen entspringt dem mehr oder weniger klar empfundenen Bedürfnisse, aufzufallen und sich aufzuspielen. Es bezweckt Wirkung auf die Umgebung und wird daher durch sie und ihr Verhalten entscheidend beeinflußt, während die Manieren bei der Dementia praecox absichtslos, ja zwangsmäßig entstehen und nicht die geringsten Beziehungen zur Umgebung aufweisen.

Zusammenhangslose Reden führen Hysterische nur in Dämmerzuständen mit Bewußtseinstrübung und Desorientiertheit; dagegen bietet die Zerfahrenheit bei der Dementia praecox gerade deswegen ein so absonderliches Bild, weil die Kranken meist völlig klar sind. Zudem läßt sich in derartigen Äußerungen Hysterischer gewöhnlich noch der Ablauf bestimmter Gedankengänge einigermaßen verfolgen, der Zusammenhang mit Vorgängen in der Umgebung, gefühlsbetonten Erlebnissen, traumhaften Einbildungen, während es sich bei der Dementia praecox um eine sinnlose Folge unverständlicher Gedankenbruchstücke handelt, oft mit Haften einzelner Bestandteile. Auch beim Vorbeireden der Hysterischen läßt sich meist die Beziehung der ausweichenden Antwort zur gestellten Frage und damit deren geistige Verarbeitung noch deutlich erkennen, im Gegensatze zu den in der Regel völlig beziehungslosen Äußerungen negativistischer Kranker.

Echte Halluzinationen kommen bei Hysterischen nur in Dämmerzuständen oder im Halbwachen zur Beobachtung; sie spielen sich weit mehr auf dem Gebiete des Gesichts, als auf demjenigen des

Gehörs ab und haben meist einen erregenden Inhalt; es handelt sich um drohende oder beglückende Gestalten in bedeutungsvollem Aufputz. Das regelmäßige Auftreten von Gehörstäuschungen, auch bei Tage, schließt nach meinen Erfahrungen die Hysterie aus und spricht mit Entschiedenheit für Dementia praecox; ähnliches gilt für das einsichtslose Festhalten an Verfolgungs- und Größenideen nach völligem Schwinden einer Bewußtseinstrübung. Diese Beobachtung steht wohl in engem Zusammenhange mit dem Umstande, daß sich bei der Hysterie keine Urteilsschwäche entwickelt, wie sie uns bei der Dementia praecox in der widerspruchslosen Hingabe an die unsinnigsten Vorstellungen trotz völliger Klarheit so auffallend entgegenzutreten pflegt. Bei der Hysterie können ganze Gebiete des Seelenlebens vorübergehend aus dem Zusammenhange mit dem Bewußtsein verdrängt werden; sie arbeiten aber im übrigen annähernd so weiter wie sonst, etwa wie getrennte Chöre. Bei der Dementia praecox bleibt jener Zusammenhang erhalten, aber die seelischen Leistungen verlieren die innere Fühlung untereinander wie ein Orchester ohne Dirigenten.

Die Anfälle bei der Dementia praecox sind zumeist ohnmachtsartig oder epileptiform, doch habe ich wiederholt auch solche beobachtet, die völlig den hysterischen glichen. Man kann daran denken, daß hier, wie es beim manisch-depressiven Irresein, bei der Epilepsie, der Paralyse, bei Herderkrankungen des Gehirns vorkommt, unter Umständen der Krankheitsvorgang auch psychogene Störungen auszulösen vermag. Die Stigmata der Hysterischen wird man bei der Dementia praecox gewöhnlich vermissen, doch kann Unempfindlichkeit der Hornhaut, der Zunge, der Gesichtshaut auch durch Gleichgültigkeit und Unaufmerksamkeit oder durch negativistische Unterdrückung der Reaktionen vorgetäuscht werden; halbseitige Aufhebung der Empfindlichkeit wird man zugunsten der Hysterie verwerten dürfen, ebenso umschriebene Lähmungen oder Contrakturen. Die Mißempfindungen der Hysterischen pflegen wechselnd und bis zu einem gewissen Grade beeinflußbar zu sein; diejenigen bei der Dementia praecox sind einförmig, hartnäckig und werden, anders als bei der Hysterie, gern zu unsinnigen hypochondrischen oder Verfolgungsideen verarbeitet. Einige Male konnte ich Krankheitsbilder, die zunächst ganz wie hysterische aussahen, deswegen der Dementia praecox zurechnen, weil die psychische Reaktion der

Pupillen erloschen war; die weitere Beobachtung bestätigte diese Deutung. Hübner hat über ähnliche Erfahrungen berichtet.

Besondere Schwierigkeiten können für die richtige Auffassung der Krankheitsbilder bei Gefangenen entstehen. Neben der Dementia praecox kommen hier psychogene Erkrankungsformen zur Beobachtung, die mit ihr große äußerliche Ähnlichkeit zeigen können; einerseits handelt es sich um halluzinatorisch-paranoide, andererseits um stuporöse Zustände. Bei den ersteren ist wohl vor allem das Ausbleiben der kennzeichnenden selbständigen Willensstörungen hervorzuheben. Manieren und Stereotypien fehlen, ebenso echter Negativismus, der aber durch ablehnendes Verhalten infolge von Wahnvorstellungen vorgetäuscht werden kann. Die Kranken sind nur in der Erregung und bei getrübtem Bewußtsein verwirrt, zeigen aber nicht die auch ohne Gemütsbewegung und bei völliger Klarheit fortbestehende Zerfahrenheit der Dementia praecox. In der Regel dauern Sinnestäuschungen wie Wahnbildungen nur verhältnismäßig kurze Zeit und schwinden bald bei Versetzung der Kranken in eine geeignete Umgebung, namentlich bei Entfernung aus der Einzelhaft. Auch wenn die Wahnideen nicht vergessen oder berichtigt werden, findet doch keine Weiterbildung statt, ebensowenig die Entwicklung von Schwachsinn oder ein Zerfall der psychischen Persönlichkeit. Die Kranken bleiben natürlich in ihrem Verhalten, bewahren ihre gemütliche Regsamkeit und vermögen ihr früheres Leben wieder aufzunehmen. In den Stuporzuständen sind die Kranken unzugänglich, stumm und widerstrebend wie die Katatoniker, aber man kann sich meist bald davon überzeugen, daß ihr Verhalten kein triebartiges ist, sondern durch Vorstellungen und Gemütsbewegungen bestimmt wird. Sie sorgen ordnungsmäßig für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse, beobachten ihre Umgebung, suchen sich irgendwie zu beschäftigen, werden durch äußere Einwirkungen deutlich beeinflußt und lassen sofort eine Steigerung ihres Stupors erkennen, sobald man sich mit ihnen abgibt. Demgegenüber zeigt der negativistische Stupor in seiner starren Zwangsmäßigkeit wohl plötzliche, ganz unberechenbare Änderungen, ist aber von äußeren Vorgängen in höchstem Grade unabhängig.

Das läppische, schrullenhafte Benehmen, die ablehnende Haltung und das Vorbeireden negativistischer Kranker, ferner das Ausbleiben der natürlichen Reaktionen auf äußere Eingriffe erwecken bisweilen

den Verdacht auf zielbewußte Verstellung. Auf diesem Gebiete ist äußerste Vorsicht geboten. In mehreren derartigen Fällen, in denen ich sicher glaubte, es mit einwandfreier Verstellung zu tun zu haben, sah ich dennoch späterhin eine Dementia praecox zur Entwicklung kommen. Man wird darauf zu achten haben, ob nicht schon in der Vorgeschichte krankhafte Züge im Sinne jenes Leidens nachweisbar sind, ob ein verständlicher Beweggrund zur Verstellung vorliegt, ob sich die Erscheinungen unmittelbar an die Verhaftung oder Verurteilung angeschlossen haben, ob sie fortdauern, wenn sich der Kranke unbeobachtet glaubt, ob sie durch psychische Einwirkungen beeinflußbar sind. Treten Manieren, Stereotypien oder Gehörstäuschungen auf, so ist natürlich die Annahme der Verstellung hinfällig.

Da in der Dementia praecox epileptiforme Anfälle vorkommen, kann das Leiden für Epilepsie gehalten werden; Näcke hat als „Spätepilepsie" Fälle beschrieben, die offenbar in der Hauptsache hierher gehörten. Zumeist treten jedoch die Anfälle bei der Dementia praecox nur ganz vereinzelt auf, als Vorläufer der Krankheit oder nach langjährigem Bestehen. Selten kommt es einmal zu einer statusartigen Häufung, in der die Kranken zugrunde gehen können. Einmal habe ich bei einem Katatoniker so häufige und regelmäßige epileptiforme, daneben aber auch noch hysteriforme Anfälle beobachtet, daß ich versucht war, an eine mehr zufällige Verbindung beider Krankheiten zu glauben, ohne doch darüber zur Klarheit zu kommen. Morawitz[1]) hat eine Reihe ähnlicher Fälle mit von Jugend auf bestehenden epileptischen Anfällen beschrieben und deutet sie als Epilepsien mit katatonischen Zügen. Die übrigen Erscheinungsformen der Epilepsie fehlen der Dementia praecox. Auch der durch die Epilepsie bedingte Schwachsinn trägt wesentlich andere Züge. Er ist gekennzeichnet durch Verarmung des Vorstellungsschatzes bis auf die alltäglichsten Bestandteile, Einengung der Gemütsbeziehungen auf das Wohl und Wehe der eigenen Person wie der nächsten Angehörigen, starke Abschwächung und Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses bei erhaltener Ordnung des Denkens, Handelns und Benehmens. Vergleicht man damit die Zerfahrenheit des Denkens bei leidlicher Erhaltung des Gedächtnisses, die allgemeine gemütliche Stumpfheit, die schwere Störung der Willens-

[1]) Morawitz, Klinische Mischformen von Epilepsie und Katatonie. Diss. 1900.

handlungen, wie wir sie bei der Dementia praecox antreffen, so wird die Unterscheidung gewöhnlich nicht schwer fallen.

Dagegen ist es mir wiederholt begegnet, daß ich beginnende Katatonien für epileptische Dämmerzustände gehalten habe. Die Verwechselung liegt besonders nahe, wenn etwa ein Krampfanfall voraufgegangen ist. Einen Anhalt für die Unterscheidung wird der Negativismus des Katatonikers gegenüber dem ängstlichen Widerstreben des Epileptikers geben können. Auffassung und Orientierung dürften im epileptischen Dämmerzustande meist schwerer gestört sein, als beim Katatoniker. Sinnlose Antworten auf einfache Fragen, rasche, richtige Ausführung von Aufforderungen sprechen mehr für Katatonie. Bei der Epilepsie pflegt sich deutlich die ängstliche oder verzückte Stimmung kund zu geben; das Handeln ist meist weniger triebartig, als durch bestimmte wahnhafte Vorstellungen und Gefühle beherrscht, die auch in den Reden zutage treten. Daher sehen wir den Epileptiker häufiger Angriffe, Fluchtversuche machen, Gewalttaten begehen, während das Treiben des Katatonikers die Kennzeichen des Sinnlosen, Absonderlichen trägt und weniger Beziehungen zur Umgebung verrät. Eine gewisse Stereotypie des Redens und Handelns kann in beiden Zuständen vorkommen, ebenso Verlust oder Trübung der Erinnerung. Dagegen wird die Vorgeschichte meist, der weitere Verlauf immer die Sachlage rasch klären.

Die Abgrenzung der Dementia praecox von der Paralyse hat durch das cytologische und namentlich das serologische Untersuchungsverfahren fast alle ihre früheren Schwierigkeiten verloren. Bei der gelegentlich vorkommenden Verbindung mit Lues finden wir wohl Komplementablenkung im Blute und vielleicht Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit, niemals aber die für die Paralyse so kennzeichnende Wassermannsche Reaktion in der letzteren. Berücksichtigt man weiter die körperlichen Zeichen der Paralyse, namentlich die reflektorische Pupillenstarre, die Sprach- und Schriftstörung, die mit Herderscheinungen einhergehenden Anfälle, so wird die Unterscheidung meist leicht sein, zumal auch schon das Lebensalter der Kranken gewisse Anhaltspunkte für die Beurteilung liefert. Die wichtigsten, aus dem psychischen Befunde sich ergebenden Merkmale für die Abtrennung haben bereits in dem Abschnitte über Paralyse Erwähnung gefunden.

Die mit verwirrter Erregung und zahlreichen Sinnestäuschungen

einhergehenden Zustandsbilder der Dementia praecox sind vielfach als Amentia bezeichnet und auf erschöpfende Ursachen zurückgeführt worden. Die Erfahrung hat mir gezeigt, daß sich derartige Fälle nach Entstehungsgeschichte, Verlauf und Ausgang von den übrigen Formen der Dementia praecox nicht abtrennen lassen. Nur unter den im unmittelbaren Anschlusse an schwere Infektionskrankheiten sich entwickelnden Psychosen haben wir eine Gruppe von Beobachtungen auszuscheiden, die in ihrem klinischen Bilde wie in ihrer Weiterentwicklung von der Dementia praecox abweichen und durch infektiöse Krankheitsgifte verursacht sind. Die Gesichtspunkte, die für deren Kennzeichnung gegenüber dem hier behandelten Leiden in Betracht kommen, sind bei den einzelnen Formen des infektiösen Irreseins besprochen worden. Laurès[1]) gibt ihnen die nach meiner Ansicht unzweckmäßige und irreführende Bezeichnung „Démence précoce accidentelle“ im Gegensatze zu der eigentlichen „Démence précoce constitutionelle“.

Erhebliche, zurzeit nicht immer sicher zu überwindende Schwierigkeiten können entstehen, wenn es sich um die Frage handelt, ob gewisse akute halluzinatorische Erregungszustände bei nachweisbar syphilitischen Kranken als Ausdruck der Lues oder einer zufällig mit Lues vergesellschafteten Dementia praecox aufzufassen sind. Mir sind eine Reihe solcher Fälle vorgekommen; natürlich ließ sich überall eine Paralyse nach den oben erörterten Gesichtspunkten ausschließen. Von Bedeutung scheint mir hier einmal der Nachweis von körperlichen Zeichen zu sein, die etwa auf das Bestehen einer cerebrospinalen Lues hindeuten (Lymphocytose der Spinalflüssigkeit, Störungen des Pupillenspiels, der Reflexe, Augenmuskellähmungen, Sprach- und Schriftstörungen, Paresen, Anfälle), andererseits das Fehlen selbständiger Willensstörungen (Negativismus, Manieren, ferner Stereotypen), ferner Benommenheit, Erhaltung der gemütlichen Regsamkeit. Alle diese Zeichen würden mehr für eine syphilitische Grundlage des Krankheitszustandes sprechen, ebenso eine auffällige Besserung desselben durch eine spezifische Behandlung. In den seltenen Fällen, in denen einmal bei einer Herderkrankung des Gehirns „katatonische“ Zeichen beobachtet werden, dürfte uns eben der Nachweis der

[1]) Laurès, La confusion mentale chronique et ses rapports avec la démence précoce, 1907.

Herderscheinungen vor der Annahme einer Dementia praecox bewahren.

Am wenigsten geklärt erscheint zurzeit noch die Abgrenzung der Dementia praecox von gewissen paranoiden Erkrankungen. Die eigentliche Paranoia selbst freilich wird mit ihr nicht leicht verwechselt werden. Ihr fehlen vor allem die selbständigen Willensstörungen. Während unsere paranoiden Kranken wegen der rücksichtslosen Unsinnigkeit und Gefährlichkeit ihres Handelns meist sehr bald in Widerstreit mit ihrer Umgebung und der öffentlichen Ordnung geraten, pflegen sich die Paranoiker so weit zu beherrschen, daß ernstere Zusammenstöße mit anderen Personen wie mit öffentlichen Gewalten vermieden werden; sie behalten auch im wesentlichen die Fähigkeit, sich im Kampfe des Lebens einigermaßen durchzubringen. Ihr Handeln und Benehmen erscheint nur insoweit abnorm, wie es den Ausfluß ihrer Wahnvorstellungen bildet; im übrigen ist es meist alltäglich und unauffällig. Negativismus, Manieren, Stereotypie, Sprachverwirrtheit, Wortneubildungen fehlen gänzlich, ebenso die Erscheinungen der Willensbeeinflussung. Dazu kommt, daß die Kranken nicht an Sinnestäuschungen leiden, daß ihre Wahnbildungen nicht zerfahren und widersinnig, sondern zusammenhängend und geistig verarbeitet sind, daß die gemütlichen Regungen keine Einbuße erlitten haben. Auch im weiteren Verlaufe zeigt es sich, daß nicht, wie bei der Dementia praecox, eine Zerrüttung und schließlich ein Zerfall der Persönlichkeit eintritt, daß vielmehr die innere Einheitlichkeit der Seelenvorgänge dauernd gewahrt bleibt. Sehen wir die Kranken nach 5 oder 6 Jahren wieder, so erscheinen sie im wesentlichen unverändert, vielleicht ein wenig entsagungsvoller und durch allerlei Lebenserfahrungen mürber gemacht, aber mit den alten Ideen, vollkommen geordnet und gleichmäßig in Reden, Haltung und Benehmen. Die Paranoiden der Dementia praecox lehnen im günstigsten Falle die früheren Wahnvorstellungen ab, sind jedoch scheu, still, gleichgültig, willensschwach geworden. Oder aber sie bringen noch ähnliche Ideen vor, aber in zusammenhangsloser, abenteuerlicher Form, ohne angemessene Gefühlsbetonung, widerspruchsvoll, ohne geistige Verarbeitung, ohne wesentlichen Einfluß auf Streben und Handeln. Ebenso häufig aber bieten sie das Bild eines der geschilderten Endzustände mit seinen vielfachen Schwan-

kungen dar, sind zerfahren, läppisch, manieriert, negativistisch oder stumpf.

Die Unterscheidung der paranoiden Dementia praecox von den ihr ähnlichen alkoholischen und syphilitischen Krankheitsbildern haben wir an anderer Stelle schon durchzuführen versucht. Die Gründe, warum wir geglaubt haben, noch einigen anderen Formen von paranoiden Erkrankungen eine selbständige Stellung einräumen zu sollen, werden wir im nächsten Abschnitte zu erörtern haben. Leider werden wir uns dabei vielfach auf sehr unsicherem Boden bewegen müssen. —

Da wir die eigentlichen Ursachen der Dementia praecox nicht kennen, werden wir an deren Bekämpfung zurzeit nicht denken können. Lomer hat allerdings als heroisches Vorbeugungsmittel die doppelseitige, möglichst frühzeitige Kastration in Vorschlag gebracht, aber es wird sich kaum jemand finden, der den Mut hätte, ihm zu folgen. Zudem sah Henneberg bei einem Falle von Pseudohermaphroditismus gerade nach Entfernung der in der Leistengegend sitzenden Hoden eine paranoide, wohl dem Gebiete der Dementia praecox angehörende Psychose zur Entwicklung kommen. Einer meiner Kranken, ein Mediziner, der sich selbst entmannte, erfuhr dadurch keine Besserung seines Zustandes.

Bruce versuchte im Anschlusse an seinen Streptokokkenfund ohne Erfolg die Immunisierung eines Kranken durch vorbehandeltes Ziegenserum; in einem anderen, akut einsetzenden Falle verwendete er abgetötete Bouillonkulturen, nach seinem Berichte mit günstiger Wirkung. Auch diesem Versuche werden wir wohl zunächst abwartend gegenüberstehen. Gleiches gilt von der teilweisen Ausschneidung der Schilddrüse, die durch Berkley in 10 Fällen ausgeführt wurde und 6mal Besserung oder Heilung herbeigeführt haben soll; er dachte durch Ausschaltung eines Schilddrüsenlappens die Blutzufuhr zu den Nebenschilddrüsen zu steigern und empfiehlt, zugleich Lecithin zu verabreichen. Der Eingriff ist mehrfach wiederholt worden, so von Judin in 2 Fällen, von Kanavel und Pollock in 12 Fällen, von van der Scheer in 7 Fällen, fast immer ohne Erfolg; nur der letztere sah Besserung in 2 Fällen, von denen der eine mit Basedowerscheinungen verlief, der andere eine Struma aufwies. Über etwas günstigere Ergebnisse berichten Pinheiro und Riedel. Pighini sah bei Darreichung von Parathyreoidin

Besserung des Pulses und der von ihm gefundenen Stoffwechselstörungen. Ich selbst habe mich vor Jahren lange Zeit hindurch bemüht, durch Einführung aller möglicher Organpräparate, der Schilddrüse, der Hoden, Eierstöcke usf., Einfluß auf die Dementia praecox zu gewinnen, leider ohne jede Wirkung.

Bei Kindern mit solchen Eigenschaften, wie wir sie häufiger in der Vorgeschichte der Dementia praecox finden, könnte man an den Versuch einer Vorbeugung denken, namentlich dann, wenn das Leiden bei Eltern oder Geschwistern schon beobachtet wurde. Ob es möglich ist, unter solchen Verhältnissen den Ausbruch der drohenden Krankheit zu verhüten, wissen wir nicht. Jedenfalls aber wird es sich empfehlen, auf das nachdrücklichste die allgemeine körperliche Entwicklung zu fördern und die einseitige Züchtung von Gehirnleistungen zu vermeiden, da immerhin anzunehmen ist, daß ein kräftiger, unter natürlichen Bedingungen aufgewachsener Körper eher imstande sein wird, die Gefahr zu überwinden, als ein der Verweichlichung, der Verkümmerung und dem Drill, namentlich der Großstadterziehung, ausgesetztes Kind. Aufwachsen auf dem Lande mit viel Aufenthalt im Freien, körperliche Übungen, spät einsetzender Unterricht ohne ehrgeizige Ziele, einfache Ernährungsweise wären die hauptsächlich zu berücksichtigenden Gesichtspunkte. Meyer, der die Dementia praecox wesentlich als die Wirkung ungünstiger Lebens- und Erziehungseinflüsse auf abnorm veranlagte Persönlichkeiten auffaßt, hofft durch alle diese Maßregeln der Entwicklung des Leidens vorbeugen zu können.

Der Hauptsache nach werden wir uns vorderhand lediglich darauf angewiesen sehen, die Erscheinungen der bereits vorhandenen Krankheit zu behandeln. Im Beginne ist bei den akut und subakut entstehenden Fällen zur Verhütung von Unglücksfällen und Selbstmorden meist die Verbringung in die Anstalt geboten. Bettruhe, Überwachung, Sorge für Schlaf und Nahrungsaufnahme sind hier die wichtigsten Erfordernisse. Bei den Erregungszuständen sind Dauerbäder am Platze, deren Anwendung allerdings öfters auf große Schwierigkeiten stößt, da die Kranken nicht in der Wanne bleiben, sondern immer wieder herausspringen, halsbrecherische Turnübungen machen, sich am Boden wälzen. Man kann nun zunächst versuchen, durch ein Betäubungsmittel, Hyoscin, Sulfonal, Trional, Veronal, den Kranken so weit zu beruhigen, daß er einige

Stunden im Bade bleibt; er gewöhnt sich dann meist rasch daran und macht nun, strudelnd, plätschernd, tauchend, sich drehend, gestikulierend, nur vorübergehend Versuche, das warme Wasser zu verlassen, läßt sich aber leicht wieder dahin zurückbringen.

Mißlingt dieses Verfahren bei sehr starker und dauernder Erregung, so ist der beste, nach kürzerer oder längerer Zeit regelmäßig zum Ziele führende Ausweg die Anwendung feuchtwarmer Wicklungen. Nach anfänglichem, kurzdauerndem Widerstande pflegt sich der Kranke überraschend schnell in diese Maßregel zu finden, auch wenn auf jede Befestigung der Umhüllung, wie bei uns, grundsätzlich verzichtet wird. Wickelt er sich heraus, was zuerst ziemlich bald geschieht, so versucht man, ihn wieder im Bade zu halten, und erneuert, wenn die Unruhe das unmöglich macht, die Wicklung. Dieses Verfahren wird in schweren Fällen, anfänglich durch Betäubungsmittel unterstützt, Tag und Nacht hindurch ohne Unterbrechung fortgesetzt, doch so, daß die Wicklung nach längstens zwei Stunden durch das Bad abgelöst wird, und der Kranke nach 1—2 Stunden nur dann in die Wicklung zurückkehrt, wenn er durchaus nicht im Bade bleibt. Bei derartig planmäßig fortgesetztem Wechsel zwischen Wicklung und Bad pflegen auch die schwersten Erregungszustände sich nach einigen Tagen so weit zu mäßigen, daß die einfache Badebehandlung oder gar, wenn zunächst auch nur vorübergehend, die Bettruhe möglich ist. Sorge für regelmäßige Ernährung, bei sehr heruntergekommenen, schlaflosen, widerstrebenden Kranken unter Umständen durch die Sonde, ist dabei erforderlich, ebenso Regelung des Stuhlganges und Sauberhaltung des vom fortwährenden Schreien und Sprechen oft verkrusteten Mundes.

Auch während der Stuporzustände kann die anhaltende Nahrungsverweigerung zur Sondenernährung zwingen; häufige Wägungen sind dabei unerläßlich. Ebenso ist die regelmäßige Entleerung des Darmes und, wegen der bisweilen vorkommenden negativistischen Harnverhaltung, auch der Blase im Auge zu behalten. Die oft große Unsauberkeit der Kranken erfordert sorgfältigste Körperpflege. Der Gefahr absichtlicher und unabsichtlicher Selbstverletzungen läßt sich durch die Anwendung des Polsterbettes einigermaßen begegnen; trotzdem aber entstehen immer noch oft genug Hautabschürfungen, Quetschungen, Furunkel usf., die dann die Anwendung des Dauerbades zweckmäßig erscheinen lassen, unter Umständen chirurgische Behandlung erfordern.

Sobald die akuten Störungen zurücktreten, gilt es, nach Möglichkeit zu erhalten, was die Krankheit nicht zerstört hat. Vielfach wird nun die Rückkehr in die Familie möglich und sogar zweckmäßig sein, wenn die Verhältnisse einigermaßen günstig, und wenn nicht Erregungszustände, Unreinlichkeit, Nahrungsverweigerung und ähnliche schwerere Erscheinungen zurückgeblieben sind. Bleuler redet geradezu frühzeitigen Entlassungen das Wort, da er, zum Teil wohl auf Grund seiner Anschauungen von der ungünstigen Wirkung gewisser Komplexe, das „Einspinnen" der Kranken fürchtet. Es ist in der Tat richtig, daß die Versetzung in eine andere Abteilung oder Anstalt bzw. in die früheren Verhältnisse bisweilen eine überraschend günstige Wirkung ausübt. Die bis dahin vielleicht ganz stummen und unzugänglichen Kranken beginnen schon auf der Heimreise in der Bahn sich mit Fremden zu unterhalten, geben ihre Nahrungsverweigerung auf, gehen daheim ohne weiteres wieder an ihre gewohnte Arbeit. Ferner ist nicht zu verkennen, daß der einförmige, den Kranken jeder eigenen Betätigung und jedes Nachdenkens überhebende Tageslauf des Anstaltslebens zwar einen weitgehenden Schutz gewährt, aber zugleich auch verweichlichend und vor allem auf Verstand, Gemüt und Willen in hohem Grade abstumpfend wirken muß. Diesen Erwägungen steht freilich das Bedenken gegenüber, daß viele Kranke für sich selbst oder für ihre Umgebung gefährlich oder gänzlich hilflos und sorgfältiger Pflege bedürftig sind. Dennoch halten sich selbst manche der schwierigeren Kranken zu Hause überraschend gut, so daß man mit Entlassungsversuchen nicht allzu ängstlich zu sein braucht; bei weiblichen Kranken ist jedoch immer die Gefahr einer Schwängerung bei mangelhafter Aufsicht zu beachten. Wo es möglich ist, wird man der Entlassung in die Heimat zweckmäßig zunächst einige Zeit den Versuch einer Familienpflege unter ärztlicher Überwachung voraufgehen lassen.

Durch alle unsere Maßregeln können wir indessen nicht verhüten, daß sich die große Mehrzahl der geistigen Krüppel und Halbkrüppel nach Dementia praecox allmählich in den großen Irren- und Pflegeanstalten ansammelt, und daß diese Kranken, da sie nicht rasch absterben und oft ihr ganzes Leben in der Anstalt zubringen, geradezu die Hauptmasse der versorgungsbedürftigen Irren bilden. Was ihnen nottut, ist die Beschäftigung, die

allein imstande ist, die ihnen noch verbliebenen Fähigkeiten durch Übung zu erhalten und sie vor völligem Versinken in Stumpfsinn zu bewahren. Für sie sind daher vielleicht noch mehr, als für andere Krankheitsformen, die Irrenkolonien mit ihrer mannigfaltigen Arbeitsgelegenheit und der freien, die Selbständigkeit möglichst erhaltenden Behandlungsart ein kaum genug zu schätzender Segen; auch die Familienpflege spielt als Übergang zur Entlassung oder als dauernde Unterkunft für sie eine wichtige Rolle. Vielfach sieht man dann selbst recht verblödete Kranke doch auf beschränktem Gebiete, in Feld und Garten, in Viehstall oder Werkstatt, beim Holzsägen und Futterschneiden, beim Abschreiben, Zeichnen, Lesen, beim Kochen, Waschen oder im Bügelzimmer, bei der Hausarbeit oder in der Nähstube noch freudig und nützlich den Rest von Fähigkeiten verwerten, den ihnen die Krankheit gelassen hat. Bei den ungemein häufig auftretenden Erregungszuständen genügt meist die vorübergehende Versetzung in die Wachabteilung und Bettruhe.

Nicht ganz selten sieht man den psychischen Zustand der Kranken sich unter dem Einflusse einer fieberhaften Krankheit wesentlich bessern, selbst in schon lange unverändert andauernden Endzuständen. Gereizte und abweisende Kranke geben verständige Auskunft, werden zugänglicher; negativistische erscheinen lenksamer, fügen sich den ärztlichen Anordnungen; bei paranoiden treten die Wahnvorstellungen zurück; stumpfe, anscheinend ganz verblödete Kranke überraschen durch Verständnis für die Vorgänge in ihrer Umgebung und fördern allerlei alte Erinnerungen zutage. Leider pflegen diese Besserungen mit dem Schwinden des körperlichen Krankheitszustandes sehr bald wieder dem früheren Verhalten zu weichen. Sie sind indessen ein Zeichen dafür, daß selbst sehr schwere Verblödungen nicht durchweg der Ausdruck unveränderlicher Zerstörungen, sondern bis zu einem gewissen Grade noch einer Rückbildung fähig sind. Man könnte daran denken, in ähnlicher Weise, wie es bei der Paralyse versucht wurde, auch hier den geschilderten Naturvorgang nachzuahmen, doch haben die wenigen, dahinzielenden Versuche bisher noch kein sehr ermutigendes Ergebnis geliefert. So hat Itten unter diesem Gesichtspunkte bei 9 Kranken Einspritzungen von nukleinsaurem Natron vorgenommen. Erreicht wurde nichts; dasselbe gilt von einigen ähnlichen Versuchen, die ich selbst angestellt habe.

B. Die paranoiden Verblödungen (Paraphrenien).

Der Zerfall der psychischen Persönlichkeit vollzieht sich bei der Dementia praecox im allgemeinen derart, daß in erster Linie die Störungen der gemütlichen Regungen und des Willens das Krankheitsbild beherrschen. Demgegenüber haben wir nunmehr einer verhältnismäßig kleinen Gruppe von Beobachtungen zu gedenken, bei denen trotz vielfacher Anklänge an die Erscheinungen der Dementia praecox doch wegen der weit geringeren Ausbildung der Gemüts- und Willensstörungen das innere Gefüge des Seelenlebens erheblich weniger in Mitleidenschaft gezogen wird, oder bei denen wenigstens der Verlust der inneren Einheit sich wesentlich auf gewisse Verstandesleistungen beschränkt. Gemeinsam ist allen diesen, untereinander nicht überall scharf abtrennbaren klinischen Gestaltungen das starke Hervortreten von Wahnbildungen, die paranoide Färbung des Krankheitsbildes. Daneben finden sich auch Abweichungen in der Stimmungslage, aber bis in die spätesten Abschnitte des Leidens hinein nicht jene Stumpfheit und Gleichgültigkeit, die so häufig schon das erste Zeichen der Dementia praecox bildet. Endlich erscheint auch das Handeln vielfach krankhaft beeinflußt, aber wesentlich nur durch die abnormen Gedankengänge und Stimmungen; selbständige, davon unabhängige Willensstörungen, wie sie die Dementia praecox in so mannigfaltigen Formen zu begleiten pflegen, kommen nur andeutungsweise einmal zur Beobachtung.

Die Gruppierung dieser paranoiden Erkrankungen bietet, ebenso wie ihre Abgrenzung von anderen, ähnlichen Zustandsbildern, die allergrößten Schwierigkeiten. Wir wissen ja, daß die einzelnen Krankheitserscheinungen selbst uns nur sehr unzuverlässige Handhaben für die Umgrenzung von Krankheitsformen liefern. Es kann sich daher hier nur um einen ersten, tastenden Versuch handeln, die Mannigfaltigkeit der paranoiden Krankheitsbilder in Gruppen zu zerlegen. Durchmustert man, unter Ausschluß der alkoholischen und syphilitischen Formen, eine größere Zahl von Fällen[1]), die mit dauernden Wahnbildungen einhergehen, so wird man immer finden, daß ein sehr erheblicher Teil davon, nach meinen

[1]) Die sorgfältige Sammlung einer längeren Reihe von vollständigen Beobachtungen verdanke ich Herrn Dr. Žerko.

Erfahrungen etwa 40%, binnen wenigen Jahren die Kennzeichen der Dementia praecox erkennen läßt. Ein weiterer, etwas größerer Anteil entfällt auf die hier zu beschreibenden, paraphrenischen Formen, der Rest wesentlich auf die eigentliche Paranoia.

Unter den Paraphrenien wiederum zeigt ungefähr die Hälfte jene langsam, aber stetig sich entwickelnde Mischung von Verfolgungs- und Größenwahn, wie sie Magnan unter dem Namen des „Délire chronique à évolution systématique“[1]) beschrieben hat. Allerdings ist diese Magnansche Krankheit, soweit sich nach den vorliegenden Schilderungen beurteilen läßt, im Sinne der hier vertretenen Anschauungen wohl kein einheitliches Leiden; wir würden so manche Fälle, die mit ausgeprägten Manieren und zahlreichen Wortneubildungen rasch in Schwachsinn endigen, unbedenklich zu den paranoiden Formen der Dementia praecox zählen. Daneben aber umfaßt das délire chronique in seinen langsam verlaufenden, über Jahrzehnte sich erstreckenden Entwicklungsformen eine Reihe von Beobachtungen, die den Kern der ersten, hier zu besprechenden, paraphrenischen Krankheitsgruppe bilden. Da das französische Wort „délire“ eine andere Bedeutung hat, als unsere Bezeichnung „Delirium“, und da auch die von Möbius für das Krankheitsbild vorgeschlagene Benennung „Paranoia completa“ mit unseren heutigen Anschauungen nicht mehr im Einklange steht, ziehe ich es vor, in Anlehnung an Magnan von einer „Paraphrenia systematica“ zu sprechen. Ihr reihen sich dann als kleinere, vielleicht untereinander nahe verwandte Gruppen die expansive und die confabulierende Form der Paraphrenie an; eine gewisse Sonderstellung scheint die letzte, phantastische Form einzunehmen.

Die **Paraphrenia systematica** ist gekennzeichnet durch die äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fortschreitenden Verfolgungswahns mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit. Den Beginn des Leidens bildet öfters eine sich ganz langsam vollziehende Umwandlung im Wesen des Kranken. Er wird allmählich still, scheu, bald mehr träumerisch, versunken, bald mehr mißtrauisch und finster, zieht sich zurück, führt gelegentlich sonderbare, unverständliche Reden, ist auffallend in seinem Benehmen, unberechenbar, schrullenhaft in seinen

[1]) Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von Möbius, Heft 1, 1891.

Handlungen. Zeitweise tritt große Empfindlichkeit und Reizbarkeit hervor; der Kranke wird bei ganz unbedeutenden Anlässen maßlos heftig und feindselig, zeigt erbitterten Haß und Abneigung gegen einzelne Personen seiner Umgebung, vielfach gerade gegen die nächsten Angehörigen. Besonders häufig sind Eifersuchtsideen.

Im Laufe von Jahren stellt sich nun immer deutlicher ein Verfolgungswahn heraus. Der Kranke merkt, daß er der Gegenstand allgemeiner Aufmerksamkeit ist. Die Nachbarn stecken bei seinem Erscheinen die Köpfe zusammen, blicken ihm nach, beobachten ihn. Auf der Straße wird er begafft; fremde Leute folgen ihm, werfen sich Blicke zu, machen einander Zeichen; überall stehen Schutzleute. In den Lokalen, die er besucht, ist er bereits angemeldet; in den Zeitungen finden sich Anspielungen auf seine Person; die Predigt zielt auf ihn; es muß etwas dahinter stecken. Ein Kranker meinte, er müsse vom Kirchturm aus beobachtet werden.

Die Gesinnungen der Umgebung erscheinen dem Kranken dabei nichts weniger, als freundlich. Die Hausgenossen setzen eine spöttische Miene auf; sie flüstern und tuscheln, fahren auseinander, sobald er kommt. Am Stammtische wird gestichelt; es fallen auffällige Äußerungen; die Kameraden sind unfreundlich, sehen ihn scheel an, weichen ihm aus, grüßen kurz, ziehen sich von dem Kranken zurück; „man merkt es ja, wenn man feinfühlig ist", meinte ein Kranker. Sobald er in eine Wirtschaft tritt, schicken sich die Leute an, aufzubrechen. Man spuckt vor ihm aus, räuspert sich, hüstelt, niest in auffälliger Weise, scharrt mit den Füßen, äfft sein Husten nach, rennt an ihn an. Detektivs drängen sich um ihn; er hat den Eindruck, daß er unter Polizeiaufsicht steht. Immer und überall gibt es Nadelstiche, überall Schikanen und Feindseligkeit. „Es ist unendlich viel, was da vorgeht", meinte ein Kranker; „überall finde ich Anspielungen, Bedeutungen, tausend Dinge, die man nicht schildern kann, die man erlebt haben muß, um sie zu begreifen." Er betrachtete auch einen zerbrochenen Zylinder, die Verleihung der Militärmedaille als eine absichtliche Verhöhnung. Ein anderer Kranker machte die Beobachtung, daß ihn überall die Zahl 7 verfolgte, und daß sich die Mitreisenden in der Bahn regelmäßig in der Figur des großen Bären gruppierten.

Allmählich wird die Verfolgung immer fühlbarer. Der Kranke findet keine Ruhe mehr; überall werden ihm Possen gespielt; alles

tut man ihm zum Trotz; man arbeitet ihm planmäßig entgegen. Die Dienstboten werden aufgehetzt, halten nicht mehr aus; die Kinder haben keinen Respekt mehr; man will ihn aus seiner Stellung bringen, ihn an der Verehelichung hindern, seine Existenz untergraben, ihn in die Nacht des Wahnsinns treiben. Weibliche Kranke merken, daß man sie in ihrer Geschlechtsehre schädigen, sie verführen, zu Verfehlungen veranlassen will. Im Hause werden geheimnisvolle Sachen getrieben; auf dem Gange stehen fremde Menschen. Der Kranke stellt fest, daß man ihn bestiehlt, daß eine „heimliche Haussuchung“ abgehalten wurde. Das Schloß ist verdorben; die Kästen wurden aufgesprengt, die Sachen durchstöbert, durcheinandergeworfen, die Möbel verstellt. Das Bett ist schmutzig; die Kleider sind zerrissen; der Kamin wird verstopft, schlechte Luft ins Zimmer gelassen, das Wasser plötzlich abgesperrt; Briefe werden unterschlagen. Das Bier macht Leibschmerzen, das Brot Gehirnbrennen; in der Wohnung sind giftige Dämpfe, im Bett ein verdächtiges Pulver; der Arzt gibt eine blaue Arznei, die ohne Zweifel Blausäure enthält und den Kranken aus der Welt schaffen soll. Infolgedessen fühlt er sich überall „umlauert“ und bedroht, selbst bei geschlossenen Türen nicht sicher; es ist eine beispiellose Hetze, Schwindel und Betrug; „die ganze Sache ist stadtbekannt“; „in einem Saus geht es“, erklärte ein Kranker. Offenbar besteht ein ganzes Komplott, das die Verfolgung betreibt; bald sind es die Sozialdemokraten, die „rote Garde“, bald die Freimaurer, bald die Jesuiten, Katholiken, die Spiritisten, der deutsche Kaiser, der „Zentralverband“, die Klubgesellschaft, die Nachbarn, die Angehörigen, die Frau, besonders aber frühere Geliebte, die dahinter stecken.

Nach meist jahrelanger Fortdauer dieses äußerst quälenden Zustandes von Mißtrauen, Unsicherheit und Spannung pflegen sich auch wirkliche Sinnestäuschungen, namentlich auf dem Gebiete des Gehörs, einzustellen. Der Kranke hört Pfeifen, Mißtöne, unheimliche Geräusche, abfällige Bemerkungen, Schimpfworte, Drohungen. Es wird geflüstert, ferntelegraphiert, durchs Telephon gesprochen. Ein Kranker stellte fest, daß die Trugwahrnehmungen bei Verstopfen der Ohren aufhörten, ein anderer, daß sie nur zu Hause, nicht aber auf Spaziergängen vorhanden waren; beide zogen daraus den trügerischen Schluß, daß es sich nicht um Täuschungen handeln könne. Juden schreien dem Kranken auf der Straße nach; die

Leute reden über ihn, schimpfen ihn närrisch, Luder, Drecksau, altes Mensch, Schneegans, Hofschnalle, Schweinepriester, Spinatstecher, Lump, Verbrecher; man beschuldigt ihn der Onanie, des Mordes, behauptet, er sei impotent, mache geschlechtliche Schweinereien, habe die Eltern ins Grab gebracht; der Sohn sei getötet. Eine Kranke hörte ihren Mann und ihren Sohn jammern, „wie wenn sie im Fegefeuerturm auf der Kreuzbank lägen"; eine andere merkte, daß man sie überall wegen ihrer angeblichen geschlechtlichen Unersättlichkeit verhöhnte; „es ging wie ein Lauffeuer". Alle schimpfen und hetzen, sind in die Verhältnisse des Kranken genau eingeweiht. Bisweilen handelt es sich nicht um sinnliche Wahrnehmungen, sondern um „geistige Zurufe", „Inspirationen", „Gedankenspiel", „Gedankenzwiegespräch". Die Kranken werden durch Hypnose dazu tauglich gemacht, werden geistig ausgefragt, geben darauf laut oder auch nur innerlich Antwort. Hier und da bemerken sie auch das Lautwerden ihrer Gedanken; andere können das hören. Ein Kranker meinte, seine Nachbarn würden durch dieses Lautwerden seiner Gedanken sehr belästigt; ein anderer hörte, daß ihm seine Gedanken von Lokomotiven nachgepfiffen wurden. Die Stimmen reden auch wohl in die Gedanken des Kranken hinein, kritisieren ihn, begleiten sein Tun mit Bemerkungen.

Eine wesentlich geringere Rolle spielen Täuschungen auf anderen Sinnesgebieten. Der Kranke wird „mit Visionen genarrt", sieht Skelette, den Teufel, Verstorbene, die Mutter Gottes, eine blutende Hostie, nackte Frauenzimmer; einer Kranken kamen die Gesichter der Menschen verändert vor; sie meinte, jene setzten sich Masken oder andere Köpfe auf. Das Essen schmeckt abscheulich, stinkt; die Wohnung ist mit sonderbaren Gerüchen erfüllt; die Wäsche riecht nach der Apotheke. Ein Kranker klagte über unnatürliche, peinliche Empfindungen, spürte heimliche Dolchstiche, glaubte sich vom Satan bespieen; ein anderer fühlte sich beworfen, angerannt, gestoßen; eine Frau meinte, sie werde mit Röntgenstrahlen photographiert. Weibliche Kranke haben Empfindungen, Zupfen in den Genitalien, fühlen sich geistig begattet. Die nicht selten vorkommende Vorstellung von hypnotischen, magnetischen, elektrischen Einwirkungen mag sich ebenfalls häufig mit körperlichen Mißempfindungen, Reißen, Zucken, Ziehen, Durchströmtwerden, verbinden.

Manche Kranke machen Angaben über Willensbeeinflussungen. Ihnen werden durch Magnetismus Suggestionen eingegeben; die Leute wollen ihre Gedanken; Verstorbene schreiben ihnen vor, was sie tun sollen. Eine Kranke fühlte, daß ein Graf sie in seine Gewalt bekam; sie war wie gelähmt, mußte ihm folgen, konnte bei den Mahlzeiten nicht essen, bekam Hunger zur unrechten Zeit, fühlte sich gedrungen, gegen ihren Willen Kleider su kaufen; sie konnte ihre Herrin nicht mehr lieben, mußte gegen sie unhöflich sein. Ein Kranker erklärte, er solle zu Handlungen gezwungen werden, gebe aber nur bei unbedeutenden Dingen nach. Ein anderer meinte, sein Wille werde geleitet: „man möchte etwas an mir machen. Das ganze Drängen und Einreden von fremder Seite — man drängt mir auf, daß ich mir mehr einbilden muß, als ich wirklich bin und im gewöhnlichen Leben bis jetzt war."

Wenn der Verfolgungswahn in langsam fortschreitender Entwicklung eine Reihe von Jahren angedauert hat, weit seltener schon nach kürzerem Bestande oder im Beginne des Leidens, tritt der Kranke, bisweilen ziemlich plötzlich, auch mit G r ö ß e n i d e e n hervor. Zunächst können sie sich in ziemlich bescheidenen Grenzen halten. Eine Frau richtete nach mehrjähriger Krankheit einen Brief an den Kaiser mit der Anfrage, wie sie wohl ihren Mann loswerden könne; sie rühmte später ihre glänzende Redeweise, ihre glockenhelle Stimme, ihren feinen Takt, ihre hohe Begabung. Eine andere Kranke, die sich sehr belästigt fühlte, meinte, sie müsse wohl in ihren Augen eine besondere Kraft haben, daß die Leute sie nicht ansehen könnten. Eine dritte vermutete nach 6jähriger Verfolgung, es müsse wohl eine hohe Persönlichkeit dahinter stecken; ein Kranker behauptete nach 20jährigem, äußerst quälendem Leiden plötzlich, einige Mitkranke seien Marquis und Prinzen, begann sie mit besonderer Ehrerbietung zu behandeln, ihnen die Hand zu küssen.

Sehr gewöhnlich tauchen bei den Kranken Geldansprüche auf. Ihnen sollten aus irgendeiner Quelle große Summen zufließen, die man ihnen vorenthält; sie haben eine Erbschaft gemacht, die unterschlagen wurde. Ein Kranker glaubte, durch das Gehen von „Ringwegen" große Summen zu verdienen, suchte täglich solche Wege auf und hoffte, dadurch auf etwa 30 000 Mark im Monat zu kommen, von denen er annahm, daß sie auf der Bank für ihn regelmäßig hinterlegt würden. Eine Kranke meinte kurzweg, es müsse doch

eine Rente für sie vorhanden sein; eine andere war überzeugt, daß ein Erzherzog Geld für ihre Heirat festgesetzt habe. Anscheinend leiten sie ihre Kenntnis davon am häufigsten aus Gehörstäuschungen ab, in denen ihre geheimen Wünsche zum Ausdrucke kommen.

In einer weiteren Gruppe von Fällen handelt es sich um erotische Beziehungen zu hochgestellten Personen. Der Kranke merkt, daß eine vornehme Dame sich für ihn interessiert; eine Ansichtskarte, die er erhält, ist offenbar von ihr; hohe Personen nahen sich ihm in allerlei Verkleidungen. Einer Kranken teilte ein Herzog auf hypnotischem Wege mit, daß er Verkehr mit ihr wünsche; später bekam sie „Liebesgedanken", daß ein verheirateter Mann sie heiraten wolle, traf alle Anstalten zu ihrer Hochzeit. Den Geliebten werden dabei öfters hochtrabende Titel beigelegt. Der zuletzt genannte Mann wurde für die Kranke zum „Freiherrn"; eine andere Kranke schrieb an einen ebenfalls schon verheirateten Mann Briefe unter der Aufschrift: „Peter der Große von Rußland, inkognito", und beschwerte sich dann bei der Post, daß die Briefe nicht befördert worden seien. Andere erhöhen ihre Feinde. Ein Kranker drohte, Bismarck mit Hilfe des Papstes in Ketten legen zu lassen; ein anderer vermutete als die Triebfeder aller ihn treffenden Belästigungen Wilhelm II., den er als seinen persönlichen Feind betrachtete.

Bei weitem am häufigsten aber betreffen die Rangerhöhungen den Kranken selber. Er macht die Beobachtung, daß er von hohen Herren gegrüßt wird, daß Schildwachen ihm Ehrenbezeugungen erweisen, daß er mit besonderer Auszeichnung behandelt wird; der ihm überall nachreisende Polizeibeamte ist vom Kaiser zu seinem Schutze bestellt. Irgend jemand spricht ihn Graf oder Prinz an; die Kellner reden von Hoheit, von Kurfürst, lassen sofort ein frisches Faß anstechen, wenn er erscheint; sobald er anfängt zu essen, flammen die Lichter auf. Er merkt, daß der Kaiser sich für ihn interessiert, daß auch Prinzen im Spiel sind, hohe Damen ihm Briefe und Geschenke senden, die nur schändlicherweise unterschlagen werden; ein Kranker meinte, er habe doch selbst gesehen, daß die Damen Briefe in den Kasten geworfen hätten. Jemand teilt dem Kranken mit, daß Münzen mit den Bildnissen seiner Vorfahren vorhanden seien; er hört Anspielungen, erfährt durch das Telephon, daß ihm der Adel zuerkannt sei, wird durch öffentlichen Aufruf um Mitternacht zum Reichsgrafen ernannt. Es wird ihm klar, daß er von

hoher Abstammung ist, daß seine Vorfahren eine große Rolle gespielt haben, daß er hohe Verdienste und Rechte besitzt. Er hat riesige Leistungen und Kenntnisse aufzuweisen, fühlt sich als politische Persönlichkeit ersten Ranges, als Mitglied des Herrenhauses und Vizereichskanzler, als Angehöriger des regierenden Hauses, ja als der rechtmäßige Herrscher des Landes selbst; „das weiß ja die ganze Welt", meinte ein Kranker. Er ist „Königsbastard", Sohn von Kaiser Friedrich, Stiefbruder des Prinzen Karl Friedrich, steht mit allen Monarchen im Verkehr, wird die Prinzessin Katharina von Rußland heiraten. Ein Kranker erklärte, er sei Kaiser und Papst in einer Person, Beherrscher der ganzen Welt, späterhin auch, er sei unsterblich, habe das Fäulnisfähige durch Salz aus seinem Körper ausgetrieben, sei ein Unikum unter den Menschen. Einen Einblick in diese Gedankengänge gewährt folgendes Briefbruchstück:

„Kummer, Gram, Sorgen und Zweifel machen mir die unerquicklichsten Nächte. Gleichgültig sein kann ich nicht, und darum ist mir die stumme, verstockte Welt eine drückende Last, wenn der Stern meiner Glückseligkeit auch so groß und herrlich ist als die Sonne am Firmamente. Das schwarze Gespenst des Zweifels, das mich das letzte Jahr oft so schrecklich heimsucht, verursacht mir die Frage der ganzen Zukunft, nämlich der Unsterblichkeit! Liebe K., darüber werden Sie auch erschrecken, weil noch niemand übergeblieben ist auf der Welt. Aber es ist auch offenbar und nicht zu widerlegen, daß auch noch niemand mit meinen Eigenschaften ausgestattet war. Aus diesem Grunde ist es eben doch kein Unsinn, darüber zu denken und laut zu reden, folglich gar zu glauben, und der Zweifel, wenn er mich überfällt, keine Schlechtigkeit und keine Sünde. Ich habe diesen Gedanken nicht hervorgerufen; er ist schon vor 2 Jahren plötzlich über mich gekommen, in einem Augenblicke, da ich im Garten am Brunnen vorüberging, und mich zugleich ganz fix beherrschte, daß ich nicht imstande war, ihn auszuschlagen. . . Ich bin bereits auf die Hälfte des gewöhnlichen Alters vorgerückt, und wer hat sich gesonnen, die Waffen zu strecken und sich auf Gnade und Ungnade zu ergeben? Ja, ja die Welt hat Ursache genug, dem Messias zu trotzen! Doch ist mit der Wahrheit zu hoffen, daß ich noch allem, allem Schwindel auf den Nacken komme, und daß alles erkennen muß, daß ich der Herr bin, wie Pharao es erfahren hat. Es sei gesagt, zum Sterben habe ich so bald keine Zeit; ich muß zuerst 1000 Millionen Kinder, d. h. Soldaten erzeugen oder erschaffen, und so mögen sie trotzen . ."

In einer kleinen Zahl von Fällen gewinnen die Größenideen, wie schon in dem soeben angeführten Beispiele, einen mehr religiösen Inhalt. Der Kranke ist von Gott gesandt, der protestantische Josua, spricht göttliche Machtworte. Eine Kranke erklärte sich für eine

Heilige; sie habe den Seherblick, könne in den Herzen der Menschen lesen, fühle vorher, wenn jemand sterbe, verstehe alle 4 Fakultäten, werde von Gott getröstet; eine andere wurde als Braut Christi bezeichnet. Vielfach spiegeln sich diese Wahnvorstellungen auch in allerlei Trugwahrnehmungen wider. Die erwähnte Kranke sah das Jesuskind an ihrem Bette; der Schein der Monstranz fiel auf sie. Sie hörte Gottes Stimme, die ihr Befehle gab und Antwort auf gedachte Fragen erteilte, fühlte nachts einen warmen Hauch und ein Gesicht neben sich, merkte die Begattung und hörte dann das Kind in ihrem Bauche reden. Der Kranke, von dem das mitgeteilte Schreiben stammt, sah, wie die Heiligenbilder ihm zunickten, wie ein Lichtschein aus seiner Stirn herausfuhr; er hörte die Stimme seines Schutzengels, fühlte eine unsichtbare Hand auf seinem Haupte, die Stiche der Dornenkrone auf seinem Schädel. Andere Kranke hören Anspielungen, daß sie Kaiser oder Kronprinz seien, im Geldhaufen säßen, 1—2 Millionen bekommen würden; eine Kranke hörte „übernatürliche Sachen"; es hieß: „Du sollst der Löwe für die Sünde sein." Andererseits werden harmlose Wahrnehmungen im Sinne des Größenwahns gedeutet. Ein Kranker behauptete, der Landesfürst sei als „Wurzelsepp" verkleidet um seinetwillen in einer Wirtschaft erschienen; ein anderer sah einen Wirt Fingerbewegungen machen und einen Gast dazu den Kopf schütteln; er schloß daraus, man wolle ihm andeuten, daß er die ihm gebotenen Summen annehmen solle.

Größen- und Verfolgungsideen treten vielfach in eine gewisse Beziehung zueinander. Ihre Verbindung ist hier, wie bei verschiedenen anderen Krankheitsformen, eine so häufige, daß wir an einem inneren Zusammenhange zwischen beiden kaum zweifeln können. Man pflegt sich diesen gewöhnlich derart vorzustellen, daß die umfassenden Anstalten, die zu ihrer Schädigung getroffen werden, die Kranken auf den Gedanken bringen, es müsse mit ihrer Person eine besondere Bewandtnis haben, oder daß die Widerstände, die der Verwirklichung des Größenwahns entgegenstehen, Verfolgungsideen erzeugen. Bisweilen machen die Kranken in der Tat Äußerungen, die auf derartige Gedankengänge hinzuweisen scheinen. Man sucht sie aus dem Wege zu räumen, um sich ihrer großen Erbschaft bemächtigen zu können; man will durch „Hofintriguen" verhindern, daß sie eine vornehme Ehe eingehen; sie sollen durch die

Nachstellungen gefügig gemacht werden, sich mit ihrer Verfolgerin zu verheiraten. Eine Kanke meinte, ihre Verwandten wollten ihre Eheschließung verhindern, bis sie keine Kinder mehr bekommen könne, damit sie eine reiche Erbtante werde; ein Kranker, der sich für den rechtmäßigen König von Bayern hielt, gab an, der Plebs sei ihm aufsässig; andere werden verfolgt, um sie an der Geltendmachung ihrer gerechten Ansprüche zu verhindern. Indessen die hier von den Kranken vorgebrachten Erklärungsversuche, die übrigens oft auch vollständig fehlen, sind schwerlich mehr, als nachträgliche Überlegungen; sie würden sonst wohl schon viel früher bei den Kranken auftauchen. Wie wir späterhin beim Begnadigungswahn der Gefangenen sehen werden, erzeugt eine sehr lange andauernde, schwere gemütliche Belastung jedenfalls an sich schon die Neigung, sich gewissermaßen aus der unerbittlichen Wirklichkeit in eine Welt freundlicher Einbildungen zu flüchten, ein Vorgang, der allerdings wohl schon eine gewisse Schwächung der seelischen Widerstandsfähigkeit bedeutet. Da es sich hier um einen fortschreitenden Krankheitsvorgang handelt, würde es begreiflich sein, daß die Größenideen in der Regel erst dann hervorzutreten pflegen, wenn der Kranke im hoffnungslosen Kampfe gegen die feindlichen Mächte mürbe geworden ist.

Die Auffassung der Kranken bleibt dauernd ungestört. Sie sind klar über ihre Umgebung und ihre Lage, wenn man von den wahnhaft bedingten Umdeutungen absieht. Ein Verständnis für die Krankheit fehlt vollständig, doch scheint wenigstens im Beginne öfters ein gewisses Krankheitsgefühl vorhanden zu sein. Dafür spricht der Inhalt der Gehörstäuschungen, der sich nicht selten auf die Geistesstörung bezieht: „da wohnt die Närrische“, „den bringen wir ins Irrenhaus“. Manche Kranke fühlen sich „zum Wahnsinn getrieben“, gehirnkrank gemacht, verdummt, sollen von ihren Feinden um ihren Verstand gebracht werdcn; andere stellen allerlei Versuche an, um darüber klar zu werden, ob es sich bei ihnen um Sinnestäuschungen oder wirkliche Wahrnehmungen handelt. Am Ende jedoch wird die gesunde Überlegung regelmäßig durch die krankhaften Einflüsse überwältigt, und der Kranke bleibt gänzlich unbelehrbar; „ich reite meinen Gaul, und die Zügel übergebe ich keinem andern“, erklärte ein Kranker. Eine Frau meinte: „Wenn ich mir alles einbilde, dann gebe ich zu, daß ich stocknärrich bin“,

war aber trotzdem nicht imstande, ihre Verfolgungsideen zu berichtigen; sie faßte die vermeintliche schlechte Behandlung in der Anstalt als eine Art Heilverfahren auf, durch das sie an die Verfolgungen draußen gewöhnt werden solle.

Gedächtnis und Merkfähigkeit pflegen im allgemeinen keine Störungen aufzuweisen; nur kommen nicht selten wahnhafte Erinnerungsfälschungen zur Beobachtung. Die Kranken berichten, daß sie schon in ihrer Jugend verfolgt wurden, daß ihre Erlebnisse schon vorher in den Zeitungen veröffentlicht, ihnen mitgeteilt wurden, meist mit allen Einzelheiten; sie haben früher nicht weiter darauf geachtet; es fällt ihnen aber dann wieder ein. Eine Kranke behauptete, sie sei wiederholt hypnotisiert und vergewaltigt worden, hatte aber keine Ahnung davon, bis es ihr jetzt wieder in den Sinn kam. Die Rechtmäßigkeit ihrer Ansprüche ist manchen Kranken schon früher bestätigt worden. Ein Kranker berichtete, er sei bereits in der Schule als Prinz angeredet worden; sein Großvater sagte ihm von Wilhelm I.: „Joseph, das ist dein Großvater." Später, im Jahre 1886, hatte er eine Begegnung mit Kaiser Friedrich, der eine Kanüle im Halse trug; ihm wurde gesagt, das sei sein Vater. Überall stieß man ihn mit der Nase darauf: Die Mutter sprach vom Kronprinzen; im Patenbriefe lag eine hübsche Summe Geldes; die Tante schrieb beim Tode Kaiser Friedrichs; in der Trambahn sagte jemand: „Das ist der deutsche Kaiser". Es hieß: „gleich zwei Kaiser; das war eine schwere Geburt", woraus er schloß, daß er noch einen Zwillingsbruder gehabt haben müsse.

Gerade derartige wahnhafte Erlebnisse, die man zunächst geneigt sein möchte, auf Sinnestäuschungen zurückzuführen, erweisen sich bei genauerer Prüfung vielfach als Erinnerungsfälschungen. Ein Kranker erzählte, daß ihm vor Jahren ein fremder Mann durch die Türspalte ein giftiges Pulver auf die Stirn gestreut habe; zugleich hörte er ein Goldstück klingen als Zeichen, daß jener von seinen Feinden gedungen war. Ein anderer Kranker behauptete, man habe ihm im Reichstage von der Ministerbank aus feierliche Versprechungen gemacht; ein dritter gab eine Menge von langen Gesprächen, die sich auf seine Erbansprüche bezogen, Wort für Wort mit derartiger Ausführlichkeit wieder, wie sie bei wirklichen Gehörstäuschungen niemals möglich, aber für Erinnerungsfäl-

schungen kennzeichnend ist. Ich führe hier ein Beispiel aus seinen zahlreichen Aufzeichnungen über die angeblich von ihm gehörten, sich auf seine Ansprüche beziehenden Gespräche an:

Den 2. Februar war ich beim Leichenbegängnis des A. auf dem Auerfriedhof. Es war halb 3 Uhr, als ich hinkam. Südlich vom alten Leichenhaus gingen mir 4 Personen vor. Ganz links ging Joseph R., dann seine Frau, daneben Frau S. und ganz rechts ein Mann, mir unbekannt, mit seinem braunen Mantel. Ich ging nur etliche Schritte hinter ihnen und verstand jedes Wort, das gesagt wurde. Da sagte Frau S.: „Nein, wie der P. (Name des Kranken) ausschaut; es ist ein wahrer Jammer, und war einst so ein tüchtiger Arbeiter; wie sie den zugrunde gerichtet haben; das ist eine himmelschreiende Ungerechtigkeit." Frau R.: „Und jetzt möchten sie ihm das Geld auch noch zurückbehalten, und er braucht es so notwendig; schaut ihn nur an, wie er aussieht, zum Erbarmen!" R.: „Freilich möchten sie ihm das Geld nicht geben; sie sagen, er braucht es nicht, aber sie müssen es ihm schon geben; es kommt schon noch an den Tag; dann werden sie noch recht bestraft." Der Mann rechts: „Weiß er denn nichts von der Geschicht'?" Frau S.: „Er weiß schon etwas, aber nicht recht."

Die Stimmung der Kranken ist zunächst meist ängstlich, niedergeschlagen, selbst verzweifelt, wird aber dann mehr und mehr mißtrauisch, gespannt, feindselig, drohend. Späterhin, wenn die Größenideen stärker in den Vordergrund treten, werden die Kranken selbstbewußt, hochfahrend, höhnisch. Sie ziehen sich von ihrer Umgebung zurück, meiden den Verkehr, gehen einsame Wege, erscheinen bald schroff und unnahbar, bald gemessen höflich und würdevoll, können aber auch, wo ihre wahnhafte Stellung zur Umgebung nicht in Betracht kommt, zeitweise freundlich und zugänglich sein. In ihren mündlichen oder schriftlichen Darlegungen sind sie meist gewandt und schlagfertig, berichten zusammenhängend und geordnet, widerlegen Einwände, werden dabei leicht leidenschaftlich und erregt, oder sie sind ablehnend, lassen sich auf keine Auseinandersetzungen ein, erklären, das sei überflüssig; man wisse ja ohnedies schon alles.

Das Handeln der Kranken wird durch ihre Wahnvorstellungen in der entscheidendsten Weise beeinflußt. Zwar können manche Kranke viele Jahre ohne schwerere Störungen in ihren gewohnten Verhältnissen fortleben, aber ihr ganzes Verhalten zeigt dabei doch sehr bald die tiefgreifende krankhafte Veränderung, die sich mit ihnen vollzogen hat. Abgesehen davon, daß sie sich absperren, finster und wortkarg werden, geraten sie über kurz oder lang in

allerlei Zwistigkeiten. Sie führen laute Selbstgespräche, trommeln und klopfen im Zimmer, werden ohne erkennbaren Anlaß gereizt, schimpfen, drohen, machen nachts Lärm. Manche Kranke wehren sich verzweifelt gegen die Stimmen, verstopfen sich die Ohren, pfeifen oder schreien laut, um sie zu übertönen. Einer Kranken sagten die Stimmen, sie solle nur tüchtig schimpfen; sie tat das laut oder in Gedanken; das half. Ein Kranker wurde von den Stimmen zu fortwährenden Erwiderungen durch die Bemerkung gezwungen: „Schweigen ist Zustimmung."

Öfters stellen sich plötzliche Angstanfälle ein. Ein Kranker schrie nachts laut um Hilfe, verschanzte sich in seinem Zimmer und entleerte seine Notdurft auf den Boden, weil er sich nicht getraute, den Abort aufzusuchen. Häufig wechseln die Kranken Stellung und Wohnung; eine Kranke fuhr jahrelang in verschiedenen Städten herum, um immer nach wenigen Monaten die Entdeckung zu machen, daß sie sich auch in dem neuen Wohnorte nicht halten könne, weil alle Welt bereits eingeweiht war. Ein Kranker suchte seine Verfolger dadurch irre zu führen, daß er beim Ausgehen laut ein falsches Ziel angab.

Bisweilen kommt es zu ganz unsinnigen, wohl durch Wahnvorstellungen hervorgerufenen Handlungen. Eine Kranke stellte sich stundenlang in die Sonne, wusch sich im Klosett, zerzupfte sich die Gesichtshaut, weil Körnchen von einer Sandseife eingedrungen seien; ein Arzt ließ seinen Kot auf das Tischtuch, gurgelte mit seinem Urin. Sehr gewöhnlich wenden sich die Kranken nach einiger Zeit an die Polizei, bitten um Schutz gegen die Belästigungen, ersuchen um Aufklärung darüber, was gegen sie vorliege, erlassen Anzeigen in den Zeitungen zur Abwehr vermeintlicher Verleumdungen, richten einen Notschrei an die Öffentlichkeit. Ein Kranker lief im Hemde durch die Straßen, um die Aufnahme in eine Irrenanstalt zur Feststellung seines Geisteszustandes zu erzwingen. Eine Vorstellung von dem Kampfe, den die Kranken führen, mögen die nachfolgenden Bruchstücke aus Briefen geben, die ein Kranker über die Anstaltsmauern warf, um Vorübergehende auf seine Lage aufmerksam zu machen:

„Als ich im Jahre 1875 nach München kam, wurde ich infolge der Befürchtungen, ich möchte eine gerichtliche Klage stellen, gewaltsam in die hiesige Irrenanstalt gebracht, obwohl ich zufolge eines ärztlichen Zeugnisses

und meiner Dienstzeugnisse körperlich und geistig vollständig gesund und arbeitstüchtig war und niemand sich über mich beschweren konnte. Wie aus meinen Briefen, Beschwerden usf. hervorgeht, werde ich in hiesiger Anstalt hauptsächlich zu dem Zwecke meiner Freiheit beraubt, um mir, bisher übrigens ohne Erfolg, auf jede mögliche Weise meine geistige und körperliche Gesundheit zu zerstören, für welches beispiellose Verbrechen die beteiligten Personen verantwortlich sind . . Die Irrenanstalt wird zu den größten Verbrechen gemißbraucht und dient insbesondere den Sonderinteressen gewissenloser Ärzte. Ich lebe hier unter ganz verkommenen, größtenteils arbeitsscheuen Leuten, von welchen mehrere ebenso wie die sogenannten Pfleger dafür ihren Lebensunterhalt haben, daß sie durch allerlei Unfug und Lärm mich fortwährend ärgern und beunruhigen . . Der Anstaltsdirektor scheut täglich mehr auch die schlechtesten Mittel nicht, um mich fortwährend in meiner Ruhe zu stören und womöglich Gelegenheit zu erhalten, mich noch mehr zu vergewaltigen. Jedes menschliche Gefühl und der Anstand werden hier mit Füßen getreten. Die Ärzte stellen sich oft wie irrsinnig und als ob sie mich mit irgendeiner anderen Person verwechselten . . Im Interesse der Ordnung und des Rechts ersuche ich jedermann, sich meiner Angelegenheiten anzunehmen und dieselben zur öffentlichen Verhandlung zu bringen."

Bei wachsender innerer Spannung gehen die Kranken, die sich hilflos den Verfolgungen preisgegeben sehen, vielfach zur Selbsthilfe über. Sie stellen ihre Beleidiger zur Rede, legen in Eingaben an den Kaiser den ganzen niederträchtigen Schwindel klar, den man mit ihnen treibt, suchen sich durch überlegte Fluchtversuche der Festhaltung in der Irrenanstalt zu entziehen. Sie überschütten einen Schutzmann mit Schmähungen, ohrfeigen plötzlich einen harmlosen Tischnachbarn, von dem sie sich beschimpft wähnen, werfen mit Steinen nach Vorübergehenden und machen schließlich gefährliche Angriffe auf ihre vermeintlichen Verfolger; sie werden, wie es die französischen Irrenärzte nennen, „persécuteurs persécutés". Ein Kranker erschoß ohne weiteres rücklings seine an ihm vorübergehende Hauswirtin, weil er überzeugt war, daß sie ihn ins Gefängnis bringen und andere dazu anstiften wollte, ihn zu ermorden; sie hatte am Morgen mit den Schlüsseln gerasselt, lebhaft mit benachbarten Krankenschwestern gesprochen, Zeichen gemacht und spöttisch gelacht, so daß er sich in allerhöchster Gefahr glaubte. Einzelne Kranke verüben Selbstmordversuche, um ihren Verfolgern zu entgehen.

Auch die Größenideen können zu allerlei krankhaften Handlungen führen. Der Kranke geht auf die Bank, um sein Guthaben zu erheben, sucht sich auf dem Standesamte Klarheit über

seine Abstammung zu verschaffen, macht unvermittelt einen Heiratsantrag, belästigt auf alle mögliche Weise die vermeintliche Geliebte, die ihm trotz aller Abweisungen doch immer wieder durch die Blume zu verstehen gibt, daß er ihr willkommen sei. Eine Kranke suchte wiederholt abends spät in das Haus eines verheirateten Mannes einzudringen, mit dem sie „staatsrechtlich" getraut zu sein behauptete, und verlangte, er solle sofort seine Frau aus dem Hause schaffen und ihr deren Platz einräumen. Andere Kranke geben auffallend große Beiträge zu öffentlichen Sammlungen, schreiben Briefe an hohe Persönlichkeiten, gehen in die Residenz, um ihre Aufwartung zu machen oder ihre Ansprüche auf den Thron vorzubringen. Eine Kranke bat den Landesfürsten brieflich, er möge sich doch nach der Adresse einer Wäscherin erkundigen, die sie auf der Polizei nicht habe erfahren können. Ein Kranker ließ sich Visitenkarten mit hochtrabenden Titeln drucken und sandte Trinkgelder an die Schutzleute, die ihn nach seiner vermeintlichen Erhebung in den Freiherrnstand ehrerbietigst begrüßt hätten; er sprach in den verschiedensten Ministerien vor, gab in langen Eingaben Ratschläge über die innere und äußere Politik, entwarf Finanzprojekte, erschien uneingeladen bei einem Diner des Bundesrates. Ein anderer ersuchte den französischen Minister Delcassé, ihm 10 Millionen Franken zur Verfügung zu stellen. Manche Kranke sind sehr schreiblustig, verfassen umfangreiche Eingaben an die verschiedensten Behörden und Persönlichkeiten, nicht nur über ihre eigene Angelegenheit, sondern auch über alle möglichen anderen Fragen, über Pferdeüberbürdung, Zersplitterung der Sonntagsruhe, die Prostitutionsfrage, Weltverbesserungspläne.

Die Arbeitsfähigkeit der Kranken kann lange Zeit hindurch ziemlich gut erhalten sein. Der obenerwähnte, zum Erschießen seiner Hauswirtin schreitende Kranke war trotz des schon seit 10 Jahren bestehenden Verfolgungswahns dauernd ein fleißiger, brauchbarer Arbeiter. Andere fertigen nach jahrzehntelanger Krankheit noch recht hübsche Zeichnungen, machen Gedichte, liefern Beiträge für Zeitschriften; Frauen können öfters ihren Haushalt zur vollen Zufriedenheit führen. Ein Bauernsohn eignete sich, als er sich zum Herrscher der Welt berufen fühlte, nacheinander noch eine gewisse Kenntnis der griechischen, italienischen, spanischen, russischen und lateinischen Sprache an. Dennoch pflegt

allmählich durch die fortwährende innere Spannung und Erregung die Fähigkeit zu geregelter, fruchtbringender Tätigkeit wesentlich zu leiden; auch der häufige Wechsel der Stellen infolge der Verfolgungsideen wirkt in dieser Beziehung ungünstig. Manche Kranke verzichten schließlich ganz auf ernsthafte Arbeit, namentlich, wenn die Größenideen aufzutauchen beginnen; sie leben in den Tag hinein, lesen, träumen, gehen spazieren und warten auf die Erfüllung ihrer großen Hoffnungen.

Der allgemeine Verlauf des hier geschilderten Leidens ist, wie schon erwähnt, ein sehr langsamer, aber doch ziemlich stetig fortschreitender. Schwankungen des Zustandes scheinen nur in sehr beschränktem Maße vorzukommen. Zwar sind die Kranken, namentlich im Anschlusse an mißliche Lebensereignisse, zeitweise erregter oder ängstlicher, um sich dann wieder mehr zu beruhigen, aber von einem wirklichen Schwinden der Krankheitserscheinungen ist dabei schwerlich die Rede, wenn die Kranken vielleicht auch ihre wahnhaften Gedankengänge vorübergehend in den Hintergrund zu drängen oder wenigstens zu verbergen verstehen.

Im Laufe der Jahrzehnte pflegt sich dann aber eine deutliche Umwandlung in ihrem gesamten psychischen Verhalten geltend zu machen. Sie wird gewiß auch durch den Umstand begünstigt, daß die Kranken wegen ihres auffallenden oder gefährlichen Handelns und Benehmens gewöhnlich nach kürzerer oder längerer Frist in der Anstalt untergebracht werden müssen und vielfach unter der Freiheitsentziehung sehr empfindlich leiden. Ihre Wahnvorstellungen, die dadurch neue Nahrung erhalten, werden dabei allmählich unsinniger und abenteuerlicher. Die Kranken sind in einer Mörderhöhle, fühlen sich auf alle mögliche Weise belästigt, werden Tag und Nacht massakriert, vergewaltigt, durch das Mikrophon belauscht, chloroformiert, vom Satan gequält, mit dem Stinkstrom, den elektrischen Giftstrahlen gewürgt. Die Ärzte sind im Bunde mit den Verfolgern; man impft ihnen Syphilis ein, erzeugt ihnen Krampfadern, Furunkel, reißt ihnen elektrisch die Knochen entzwei, macht ihnen Pollutionen, trachtet ihnen mit gewissenloser Raserei nach dem Leben, betäubt sie mit giftigen Kopfkissen. In der Anstalt sind verborgene Gänge; Kranke werden abgeschlachtet und verzehrt; der Kaiser ist abgesetzt, gestorben, ein Figurant an seine Stelle gesetzt worden; König Ludwig II. lebt noch. Ein Kranker machte

die Anzeige, daß eine große Fürstenversammlung stattfinde, in der man den Prinzregenten gefangen halte und fortwährend Menschen erschießen lasse. Andererseits ist der Kranke nach und nach zu immer höheren Würden aufgestiegen, steht mit allen Monarchen im Verkehr, hat 1600 Prophezeiungen gemacht, die alle in Erfüllung gegangen sind; er ist der Kollege von Jesus, der Herrgott selbst, verlangt ungezählte Millionen an Entschädigungen. Die Mitkranken sind Grafen und Prinzen, vornehme Damen, die um seinetwillen in der Anstalt weilen; die Pflegerinnen sind Zwitter; die Ärzte erscheinen in verschiedenen Gestalten. Der Kranke verkündet Todesurteile, droht, alle ins Zuchthaus stecken, Militär anmarschieren, die Anstalt in Grund und Boden schießen zu lassen.

In seinem Benehmen wird er anspruchsvoll, aufbrausend, überschüttet den Besucher mit weitschweifigen, oft ziemlich unklaren Auseinandersetzungen, schimpft zeitweise in den stärksten Ausdrücken, nörgelt, zerstört, greift an. Oder er schließt sich ab, geht seiner Wege, vergräbt sich in einförmigen Beschäftigungen, fertigt umfangreiche Schriftstücke mit endloser Wiederholung derselben Gedankengänge, bisweilen in schwülstigem Stile, absonderlicher Rechtschreibung und verschnörkelter Handschrift; ein Kranker malte Striche oder unzählige einzelne Buchstaben. Die Ausdrucksform wird, namentlich in der Erregung, bisweilen verschroben, die Sprechweise geziert. Ein Kranker meinte, es sei eine „durch die Hetzerei so zugewachsene Geschichte"; ein anderer äußerte bei der Anrede, er lasse sich nicht „informieren", gebe kein Recht her; eine Kranke erklärte, sie wolle das Schandkreuz nicht; eine andere schrieb: „Alles in allem, auch die Verkürzung oder gänzliche Abschneidung der mir, uns schon seit dem Jahre 1889 also von Gottes Gnaden zu Gebot gestandenen oder also zustehenden durch solche Eigenmachtsmaßnahmen und Beurteilungen verkürzt solchen ehrlich glücklichsten Zeit und Zeiten. Es ist mein letztes Aufgebot." Eine dritte behauptete, sie stehe unter fehmgerichtlichem Unfug und Sonnenuhr. Auch Silbenspielereien kommen vor; eine Dame zerlegte die Namen in ihre Silben, verdrehte sie und meinte: „Der Name sagt alles (Esser-Ex-sex-Ex-sachs)".

Trotz alledem bleiben die Kranken auch nach 20—30jähriger Dauer ihres Leidens im ganzen klar über Zeit und Ort wie über ihre Lage, soweit nicht Wahnvorstellungen hineinspielen, und auch ge-

ordnet in ihrem Benehmen, ebenfalls von wahnhaften Beeinflussungen abgesehen. Sie sind imstande, sich zu beschäftigen, zu den Ereignissen um sie herum Stellung zu nehmen, sind auch Fremden gegenüber, die außerhalb ihrer Wahnvorstellungen stehen, zugänglich und freundlich, geben zusammenhängende, verständliche Auskunft. Vor allem aber erscheinen sie nicht stumpf oder läppisch, sondern dauernd gemütlich lebhaft beteiligt. Mehrere meiner Kranken wußten das eine oder andere urteilslose Glied ihrer Familie von der Wirklichkeit der Verfolgungen wie ihrer hohen Ansprüche vollkommen zu überzeugen.

Den Ausgang des Leidens bildet ein psychisches Siechtum mit fortdauernden Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen ohne auffallendere selbständige Störungen des Willens und ohne gemütliche Stumpfheit. Genesungen scheinen nicht vorzukommen; freilich wäre es möglich, daß einzelne Fälle heilen, ohne als solche erkannt zu werden. Andererseits werden höhere Grade von Verblödung von den Kranken nicht erreicht; es kommt auch nach sehr langer, über 20, 30 Jahre und mehr sich erstreckender Krankheitsdauer nicht zu einem wirklichen Zerfall der psychischen Persönlichkeit.

Von den beiden Geschlechtern war unter meinen Fällen das männliche mit 60% an der Krankheit beteiligt. Etwas mehr als die Hälfte der Kranken standen bei Beginn des Leidens zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre, etwas über 20% zwischen dem 40. und 50.; nur vereinzelte Fälle setzten vor dem 25. oder nach dem 50. Jahre ein. Auch für diese Erkrankung gilt demnach, was wir schon bei den wahnbildenden Formen der Dementia praecox feststellen konnten, daß sie erst im reiferen Alter zur Entwicklung gelangt. Dadurch könnte der Verdacht erweckt werden, daß ihre klinischen Besonderheiten vielleicht mehr auf der Reaktionsweise der entwickelten Persönlichkeit, als auf der Eigenart des zugrunde liegenden Krankheitsvorganges beruhen. Besonders starke erbliche Belastung schien mir nicht vorhanden zu sein; ich möchte jedoch darauf kein Gewicht legen, einmal im Hinblicke auf die verhältnismäßig kleine Zahl von Beobachtungen, sodann auf den Umstand, daß die Erkrankungen öfters schon 30—40 Jahre zurückreichten und die Vorgeschichte daher häufig unvollständig war. Bei einer Reihe von Kranken wurde über eigenartige Veranlagung berichtet. Einige wurden als sehr

fromm, andere als zur Schwermut geneigt oder als weich und empfindsam bezeichnet, einer als boshaft und schadenfroh. Ein Kranker galt als sehr begabt; ein anderer war ein gewandter, zum Phantastischen neigender Schriftsteller, ein dritter ein hervorragender Schachspieler. Diese Erfahrungen sprechen gegen die Auffassung Magnans, der versucht hat, sein „délire chronique" von den „Geistesstörungen der Entarteten" abzutrennen. Letztere sollen sich durch rasche Entwicklung, vielfachen Wechsel der Zustände, Verbindung verschiedenartiger Wahnideen, Zurücktreten der Gehörstäuschungen gegenüber denjenigen der übrigen Sinne auszeichnen. Ich habe mich nicht davon überzeugen können, daß diese Unterschiede sich mit dem Bestehen oder Fehlen der Entartung in ursächliche Beziehung setzen lassen. Äußere Anlässe für den Ausbruch der Krankheit habe ich kaum jemals verzeichnet gefunden; in einzelnen Fällen war Alkoholmißbrauch oder eine syphilitische Ansteckung vorhergegangen. Wir werden also mit Recht annehmen dürfen, daß die Krankheit durch innere Ursachen erzeugt wird, über deren Art uns allerdings heute auch nicht einmal eine Vermutung möglich ist.

Die dauernde Erhaltung der psychischen Persönlichkeit ist es vor allem, die mich dazu veranlaßt hat, die hier geschilderte Krankheitsgruppe von den paranoiden Formen der Dementia praecox abzugrenzen. Man kann allerdings im Zweifel sein, ob dieser Standpunkt gerechtfertigt ist. Auch bei der Dementia praecox, namentlich bei den paranoiden Formen, kann der Zerfall der Persönlichkeit ausbleiben, wie wir es beim halluzinatorischen oder paranoiden Schwachsinn gesehen haben. Allein es ist doch offenbar, daß es sich bei jenen Endzuständen um abgelaufene, mit Defekt geheilte Krankheitsvorgänge handelt, die eben deswegen nicht zu den schwereren Verblödungsformen fortgeschritten sind, wie sie den Ausgang anderer paranoider Fälle der Dementia praecox bilden. Wir dürfen uns wohl vorstellen und können es gelegentlich auch wirklich erleben, daß ein neuerliches Aufflackern der Krankheit dann doch noch den halluzinatorischen oder paranoiden Schwachsinn in eine faselige, läppische, negativistische oder stumpfe Verblödung überführt.

Es scheint, daß die Verhältnisse hier doch etwas anders liegen. Das Leiden steht nicht nach einigen Jahren still, um dann einen

im wesentlichen gleichmäßig andauernden Endzustand zu hinterlassen, sondern es schreitet, wenn auch sehr langsam, noch nach 1—2 Jahrzehnten stetig fort und führt fast nie oder doch erst nach ungemein langer Dauer zu einem unveränderlichen Endzustande, der aber auch dann noch den inneren Zusammenhang der psychischen Persönlichkeit kaum schädigt. Dem läßt sich freilich entgegenhalten, daß wir eben nur die sehr langsam und verhältnismäßig milde verlaufenden Fälle von Dementia praecox ausgeschieden hätten, und daß Andeutungen der uns dort begegnenden Störungen immerhin in den späteren Abschnitten des Leidens keineswegs selten sind, Zerfahrenheit der Wahnbildung, verschrobene Ausdrucksweise, Wortspielereien, Willensbeeinflussung. Auf der anderen Seite könnten aber gerade die angeführten Eigentümlichkeiten des Verlaufes wie die Seltenheit und Geringfügigkeit der erwähnten Störungen ein Anzeichen dafür sein, daß wir es hier mit einem eigenartigen, von der Dementia praecox verschiedenen Krankheitsvorgange zu tun haben. Immerhin muß es einstweilen zweifelhaft bleiben, ob die hier angedeutete Grenzlinie eine scharfe ist, und ob sie an der richtigen Stelle gezogen wurde. Jedenfalls ist es heute öfters noch recht schwierig, im Beginne der Krankheit zu entscheiden, ob es sich um eine Dementia praecox oder um eine Paraphrenia systematica handelt. Für letztere spricht vor allem sehr spätes Auftreten von deutlichen Sinnestäuschungen trotz schon längere Jahre bestehenden Verfolgungswahns, ferner eingehende geistige Verarbeitung der Wahnvorstellungen, Lebhaftigkeit und Leidenschaftlichkeit der gemütlichen Regungen, Fehlen selbständiger Willensstörungen, Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung in Benehmen und Handeln bei bereits vorgeschrittener Wahnbildung.

Kaum geringere Schwierigkeiten, als bei der Abgrenzung von der Dementia praecox, begegnen uns beim Versuche, die Trennungslinie gegenüber der Paranoia zu ziehen. Da sich diese Aufgabe nicht in Angriff nehmen läßt, ohne zuvor den noch innerhalb der weitesten Grenzen schwankenden Paranoiabegriff genauer festzulegen, werden wir die Besprechung der Frage bis dahin verschieben müssen. Eine Scheidung auf dem ausgedehnten Gebiete der mit fortschreitenden Wahnbildungen einhergehenden Psychosen ist, wie hier nur angedeutet werden soll, etwa dahin möglich, daß wir auf die eine Seite

diejenigen Krankheitsfälle bringen, bei denen wir Grund haben, den Ablauf bestimmter Krankheitsvorgänge anzunehmen, während auf die andere solche Formen zu stellen wären, als deren Ursache wir die Einwirkung der Lebensreize auf krankhaft veranlagte Persönlichkeiten betrachten. Ob und wie weit wir imstande sind, aus den gegebenen Krankheitserscheinungen Rückschlüsse auf die eine oder andere Entstehungsgeschichte des einzelnen Falles zu ziehen, soll späterhin erörtert werden.

Mit wenigen Worten wäre endlich noch der Abgrenzung des hier behandelten Krankheitsbildes von anderen paranoiden Erkrankungen zu gedenken. Von den alkoholischen Formen unterscheidet es sich vor allem durch die schleichende Entwicklung und den stetig fortschreitenden Verlauf, während wir es dort mit der Anknüpfung an eine akute oder doch subakute alkoholische Geistesstörung und in der Regel mit der Entwicklung eines nach verhältnismäßig kurzer Zeit deutlich ausgeprägten psychischen Siechtums zu tun haben Zudem stehen bei den alkoholischen Erkrankungen die Sinnestäuschungen von vornherein im Vordergrunde des klinischen Bildes; bei der Paraphrenie treten sie erst nach Jahren hervor. Auch späterhin spielen sie dort eine wesentlich größere Rolle; die krankhaften Deutungen, Vermutungen, Ahnungen treten dagegen gänzlich zurück. Die Stimmungslage ist bei den Trinkern mehr belustigt oder gleichgültig, weit weniger gereizt und gespannt, als bei den hier besprochenen Kranken; die Erscheinungen der psychischen Schwäche, Unsinnigkeit der Wahnbildungen, Zusammenhangslosigkeit der Reden, gemütliche Stumpfheit, Lenksamkeit, treten bei ihnen weit rascher und stärker hervor. Auch die syphilitischen paranoiden Erkrankungen pflegen erheblich schneller auffallende Formen anzunehmen, als die Paraphrenie; zudem beherrschen bei ihnen ebenfalls die Sinnestäuschungen meist schon von vornherein das Krankheitsbild. Die Wahnvorstellungen sind weit zusammenhangsloser, nicht so systematisiert; die Stimmung ist viel wechselnder, zu rasch verpuffenden Ausbrüchen geneigt; die Kranken sind zugänglicher, leichter beeinflußbar. Ihr Zustand ist öfters unvermittelten Schwankungen unterworfen, im Gegensatze zu der zähen Hartnäckigkeit, mit der sich bei der Paraphrenie alle Krankheitserscheinungen stetig fortentwickeln. Die Zeichen psychischer Schwäche machen sich, wenn nicht die Wahnbildungen über-

haupt zurücktreten, bei den syphilitischen Formen viel früher bemerkbar. Dazu kommen dann noch vor allem die mannigfachen körperlichen, durch die Nervensyphilis bedingten Störungen und der Nachweis der Wassermannschen Reaktion im Blute.

Sollen wir auch noch des freilich bisher noch recht unsicher umgrenzten präsenilen Beeinträchtigungswahnes gedenken, so wäre namentlich an die jener Krankheitsform eigentümliche Unbestimmtheit und Verschwommenheit der Wahnbildung zu erinnern. Die Wahnvorstellungen werden nicht geistig verarbeitet; sie bleiben vom Augenblicke immer neu erzeugte, vielfach wechselnde Vermutungen und Befürchtungen, kommen und gehen, lassen sich durch Zureden verdrängen, ganz anders, als der sich langsam verdichtende, aber dann mit großer Festigkeit haftende und sich weiter ausbreitende Wahn bei der Paraphrenie. Es soll jedoch nicht geleugnet werden, daß in den ersten, vorbereitenden Abschnitten des Leidens dieses Unterscheidungsmerkmal unter Umständen versagen kann.

Die Behandlung der Krankheit hat natürlich nur einen sehr geringen Spielraum. Da die Kranken unter der Absperrung, die sie erbittert und ihren Wahnvorstellungen neue Nahrung liefert, sehr zu leiden pflegen, wird man nach Möglichkeit mit der Verpflegung in freieren Verhältnissen, etwa in der Familie oder auf dem Lande, auszukommen suchen. Leider aber führt die Krankheit vielfach zu Handlungen, die eine Anstaltsversorgung unerläßlich machen. Man wird sich unter diesen Umständen bemühen, den Kranken im Rahmen der notwendigen Überwachung so viel Freiheit zu gewähren, wie ihr Zustand irgend gestattet, um dem Einspinnen und Abschließen, zu dem sie so sehr neigen, entgegenzuwirken. Namentlich wird man ihnen Gelegenheit zur Beschäftigung zu geben suchen; auch den brieflichen wie persönlichen Verkehr der Kranken mit der Außenwelt, soweit er von ihnen gewünscht wird, empfiehlt es sich, nach Möglichkeit zu fördern. In der persönlichen Behandlung ist große Geduld, Ruhe und Vorsicht nötig. Zeitweise kann es zweckmäßig sein, jede Berührung mit den gereizten Kranken zu vermeiden. Unumgängliche Eingriffe (Baden, Reinigung des verwahrlosten Zimmers) sind mit größter Schonung, aber mit Festigkeit durchzuführen. —

Von den kleineren Krankheitsgruppen, deren Besprechung wir uns nunmehr noch zuzuwenden haben, ist die **expansive Form**

der Paraphrenie durch die Entwicklung eines üppigen Größenwahns mit vorwiegend gehobener Stimmung und leichter Erregung gekennzeichnet. Die Krankheit beginnt in der Regel allmählich, bisweilen aber auch subakut. Gelegentlich scheint eine Zeit der Ängstlichkeit und Niedergeschlagenheit vorauszugehen; ein älteres Fräulein glaubte, sie sei schwanger, und zog ganz dünne Röcke an, um ihren Zustand zu verbergen. Der Inhalt des Größenwahns war in der Hälfte meiner Fälle ein erotischer; es handelte sich ausschließlich um weibliche Kranke. Die Kranke bemerkt, daß ein Herr sie so eigentümlich ansieht, lächelt, ihr zuwinkt, nachgeht, sie am Fenster erwartet. Auf der Straße fallen Bemerkungen darüber; hohe Personen interessieren sich für die Angelegenheit; die Mutter Gottes gibt ein Zeichen. Alle Leute wissen davon; die Angelegenheit ist Stadtgespräch. Damen in feinen Wagen fahren vorbei; das Militär zieht durch die Straße; Automobile kommen; Prinzessinnen blicken nach der Kranken; der Hof mischt sich ein. Die Anzeigen in der Zeitung, die Bilder und Aufsätze, ja selbst die Reden in der Kammer enthalten Anspielungen. Es findet eine heimliche Verlobung mit dem „geistigen Bräutigam" statt, von der die Kranke durch Andeutungen auf der Straße erfährt; sie wird mit großer Ehrerbietung gegrüßt. Ihr wird daher klar, daß es mit dem Liebhaber eine besondere Bewandtnis haben muß; er ist ein höherer Offizier, ein Prinz, ja der König selbst oder gar der Papst. Eine Kranke wollte zwei Könige zugleich heiraten; eine andere behauptete, vom König von Spanien, der kurz zuvor tatsächlich in München gewesen war, durch ein Glas Bier schwanger geworden zu sein.

In einer zweiten Reihe von Fällen stehen religiöse Größenideen im Vordergrunde. Die Kranken bemerken, daß man von ihnen wie von Heiligen spricht; der Pfarrer erklärt sie von der Kanzel aus dafür; die Monstranz neigt sich; sie haben zeitweise einen Schein um das Haupt. Sie empfangen Eingebungen und Offenbarungen von Gott, besitzen die Gabe der Weissagung, verkehren mit Christus, sind ohne Sünde, Vermittler zwischen Gott und den Menschen, Werkzeug und Tochter Gottes, können Wunder wirken; sie haben besondere Gnade empfangen, müssen bei der Erlösung der Welt, bei der „Endkatastrophe" mitwirken. Eine Kranke bezeichnete sich als Himmelsbraut, erwartete den Engelsbräutigam; sie erklärte, daß sie Priester werde, ja daß sie dritte Person der Gottheit sei. Eine

andere behauptete, seit $7^1/_2$ Jahren vom heiligen Geiste schwanger zu sein; Gott habe aber erklärt, er wolle nicht in der Anstalt zur Welt kommen; sobald sie hinausgelange, gehe es gleich los. Eine dritte gab an, man könne ihr durch scharfes Ansehen Krankheiten und Sünden aufbeten; letztere würden dann wieder abgebetet und so die Menschen erlöst, während sie sich der ersteren durch Schlafen oder durch Durchfälle unter Blähungen und Beschwerden entledige; dadurch würden dann die Menschen wieder gesund.

Daneben treten vielfach noch allerlei andere Größenideen hervor. Vor allem haben die Kranken viel Geld zu beanspruchen. Weil sie die armen Seelen durch Beten erlösen, hat man Millionen für sie gesammelt, die ihnen versprochen wurden; auch ein Haus sollen sie bekommen; das Nachbarhaus gehört ihnen. Sie sind enorm reich; Geld muß da sein. „Eine Königin ohne Geld, das gibt es nicht", meinte eine Kranke, die sich für die Gattin König Ludwigs hielt. Andere Kranke bleiben dauernd jung, zweifeln, ob ihre Eltern die richtigen waren, sind von hoher Abkunft, werden Excellenz; sie sind Herrscher der Welt, Mann und Weib zugleich, Majestät, das Schicksal der Welt; ihr Wissen ist groß und unbezahlbar, füllt die ganze Welt aus; was sie sagen, geht in Erfüllung. Eine Kranke hatte Eingebungen und wußte darum von Gott viele Dinge, ohne daß ihr etwas gesagt wurde, z. B. die Wünsche ihrer Herrschaft; dabei irrte sie sich fast nie. Eine andere sagte den Tod der Kaiserin von Österreich voraus, Kriege, das Auftreten der Cholera, die Geburt von Prinzen in Rußland und Italien; sie wurde daher von vielen Leuten um Rat gefragt. König Ludwig wurde durch Gebet ins Leben zurückgerufen, sitzt gefangen auf einem Schlosse; eine Kranke führte ihn zu Gott und erlöste ihn.

Fast immer stellen sich ziemlich bald Sinnestäuschungen ein. Die Kranken haben zahlreiche, meist wohl mehr traumhafte Visionen, sehen das Hochaltarbild sich umwandeln, die heilige Dreifaltigkeit, einen Mann mit Krokodilskopf im Kampfe mit dem heiligen Michael, Christus am Kreuze, das Jesuskind, die Mutter Gottes auf einem Baume, eine schwebende Monstranz, eine Königskrone mit Alpenrosen und Schwänen am Himmel, erotische Vorgänge; im Wasser des Springbrunnens erscheinen Gestalten; das Licht flammt auf, sobald sie die Kirche betreten. Nachts kommt der König; sie sprechen mit ihm, werden gefragt, ob sie den Kaiser,

den König oder die königliche Hoheit heiraten wollen. Himmlische Stimmen ertönen; die Leute bezeichnen sie als Heilige; der Papst spricht zu ihnen; Gott, das heilige Sakrament, der heilige Geist geben ihnen fortlaufend Antwort auf die Frage, was sie tun sollen; es sind leise Reden, nur ihnen vernehmbar: ,,Mein liebes Kind, folge, was ich dir sage; du wirst gesegnet.“ Die Nachbarn tuscheln: ,,Heilige Anna“, ,,da kommt die Heilige“; es wird über die Angelegenheiten der Kranken gesprochen; sie hören alles, was im Hause geredet wird. Eine Kranke führte ,,Gedankenunterhaltungen“ mit ihrem vermeintlichen Bräutigam; ,,was er sagte, wußte ich, und umgekehrt“. Eine andere hörte Hunde, Vögel, Rinder, Pferde, dann auch Fliegen und Bilder sprechen; sie gaben Antwort. Die Hunde wurden von der Polizei angestellt, um alles zu beobachten und auszubellen; auch aus den Wolken kamen Stimmen. Bisweilen kommt es, wie schon angedeutet, zu inneren Zwiegesprächen; auf die Gedanken erfolgt Antwort. Aus der Selbstschilderung, die eine Kranke von ihren visionären Erlebnissen entwarf, entnehme ich folgende Bruchstücke:

,,So kam es, daß Satan mir nächtlicherweile keine Ruhe ließ, und ich begann den Kampf mit ihm von neuem.. Schwer war der Kampf. Aber das Lichtkreuz meines Heilandes und alle Kreuze meiner Leiden (die auch der Welt Leiden bedeuten) töteten ihn, denn ich stieß ihm alle unsichtbaren Kreuzesschwerter ins Herz. Da lag er tot, der Drache, das Tier, das Scheusal. Ich aber stellte mich mit meinem letzten Kreuze hocherhoben in der rechten Hand auf seinen wanstigen Bauch und rief mit lauter Stimme dreimal: Tod, wo ist dein Stachel? Hölle, wo ist dein Sieg? Und wie die Schlange solches hörte, kam sie langsam traurig geschlichen, denn sie hatte keine Kraft mehr; sie hatte sie verpumpt an Satan, damit er mich besiegte, und wie ich sie sah, stach ich ihr mein letztes Kreuzesschwert in den Kopf, und auch sie rührte sich nicht mehr.. Der Morgen war längst angebrochen. Die Vögel brachten ihre Lieder zu unserer Liebe.. Ostern! Sag mir, mein Vater, warum ist Ostern heute für mich? Mein Kind, mein liebes, gutes Kind, heute Nacht war meine Auferstehung, heute nacht übernahm ich das Reich meines Vaters.. Dann kam die Nacht, eine ruhevolle, herrliche Nacht. Aber lange sollte es nicht dauern, mein ungestörtes Glück, denn jener, der zuvor den Satan verkörperte, der dann glücklich war, erlöst zu sein, und sich meinen Bräutigam nannte, er kam geistig zu mir. um die Braut in Besitz zu nehmen, aber was nahm er? Nicht den Geist, wie ich hoffte, nein, meinen reinen Leib; er sah mich mit furchtbar geiler Fratze an und sagte: Nun bist du mein, ganz mein.. Der alte Gott aber lachte pfiffig und sang dazu aus Wagners Walküre: Segnend, lachend die Liebe, Siegmunds und Sieglindes Bund. Ha, selbst

der Gott hilft mir nicht mehr; selbst ein Gott wird zum Schwein . . Wenn dich zum Schluß nun der Gott selber poussieren möchte! Ha, zum Verzweifeln ist es, zum Wahnsinnigwerden; aber ich sage dir, alter Gott, daß ich pfeife auf dich und deine Hilfe, und auch auf deine Liebe, wenn sie solcher Art ist . . Rührst du Schändlicher mich noch einmal an, so siehe, diesen 6läufigen Revolver halte ich mir in den Mund und drücke los, und ich liege vor dir mit zersprengtem Schädel, eine Leiche, dann spiel weiter mit mir, wenn du magst . ."

Religiöse und erotische Gedankengänge werden hier in hochtrabender Form zu traumhaften Bildern ausgesponnen, die von der Kranken halb als wirkliche Vorgänge, halb als Erdichtungen vorgebracht wurden.

Hand in Hand mit dem Größenwahn gehen regelmäßig auch Verfolgungsideen, die jedoch in dem klinischen Gesamtbilde keine beherrschende Stellung gewinnen wie bei der vorigen Form. Die Kranken haben Prüfungen durchzumachen, sollen unterdrückt werden; es droht Gefahr. Man behandelt sie schlecht, verlacht sie, spuckt vor ihnen aus, räuspert und schnäuzt sich, zeigt ihnen die Faust, stößt sie auf der Straße mit Paketen, gießt Wasser aus, schlägt die Türen, läßt die Leitung laufen; alle stecken zusammen. Das den Kranken zukommende Geld wird ihnen vorenthalten; ihre Briefe werden unterschlagen, ihre Sachen gestohlen. Sie werden vergiftet, magnetisiert, ihre Gedanken von den Ärzten durch Apparate ausgeziffert. Man stellt ihnen nach, will sie geschlechtlich mißbrauchen; der Mann will sie los sein, um ungestört Verhältnisse anknüpfen zu können; Träume geben Anlaß zur Eifersucht. Nebenbuhlerinnen erscheinen, drängen den Geliebten zur Heirat und zum Selbstmorde. In den Zeitungen stehen gehässige Anspielungen; Verletzte und Totenwagen tauchen auf; Bekannte sterben; es ist wie im Kriege.

Auch hier können Sinnestäuschungen eine Rolle spielen. Die Hunde bellen so eigentümlich; es werden Andeutungen über Diebstähle gemacht; man ruft Schimpfworte, Verleumdungen; jemand schreit um Hilfe; nachts erscheint der Satan. Eine Kranke wurde durch Schmähungen und Zurufe der „Kaiserin von Peking" sehr beunruhigt. Gelegentlich wird über Mißempfindungen durch fremde Beeinflussung berichtet; eine Kranke beklagte sich, daß ein Lehrer ihr „Erscheinungen angetan" habe.

Während dieser Entwicklung sind Auffassung, Orientierung, Gedächtnis und Merkfähigkeit der Kranken nicht wesentlich gestört,

doch bestehen nicht selten Erinnerungsfälschungen. Gerade die oben angeführten Prophezeiungen beruhen auf ihnen. Manche Kranke geben an, sie hätten schon vorher gewußt, daß sie in die Anstalt kommen würden, auch wie es dort aussehe; sie begrüßen Mitkranke wie alte Bekannte. Eine Kranke erinnerte sich, wie sie meinte, nach Jahren an eine Begegnung mit König Ludwig; er bezahlte ihr Bier und trug ihr an, nachts bei ihm zu schlafen. Als sie dem Vater das erzählte, lachte er und sagte: „Das ist der König Ludwig gewesen; du wirst noch ein großes Geld bekommen." Eine andere Kranke sah ein Papier, auf dem ihr der Grafentitel verliehen wurde. Die Personen der Umgebung werden oft wahnhaft verkannt; es sind Prinzen und Fürsten; eine Kranke nannte den Arzt viele Jahre hindurch „Onkelchen von Nassau", auch nach mehrjähriger Abwesenheit; eine andere Frau bezeichnete eine Mitkranke als „ihren Ludwigl". Krankheitseinsicht besteht nicht. Zwar nehmen die Kranken bisweilen auf Vorhalt einiges von den vorgebrachten Wahnvorstellungen zurück, kommen aber unmittelbar darauf schon wieder mit ähnlichen Ideen. Eine Kranke, die in den Zeitungen die unsinnigsten Anspielungen auf ihre Angelegenheiten auffand, sprach von ihrem „Zeitungswahn", setzte aber dabei ihre Deutungen unbeirrt fort.

Die Stimmung der Kranken ist selbstbewußt, heiter, oft ausgelassen und übermütig, zu Scherzen und Witzen geneigt, oder überschwänglich, glückstrahlend. Dazwischen schieben sich Zeiten, in denen sie gereizt, hochfahrend, anmaßend oder mißtrauisch, ablehnend sind. In ihrem Benehmen zeigen sie sich meist geordnet, zugänglich, freundlich, geraten aber leicht in heftige Erregung, wenn man sich längere Zeit mit ihnen beschäftigt, verfallen in Predigerton, entwickeln einen ungeheuren Wortschwall, deklamieren, prophezeien, schimpfen, drohen, ein ganzes Regiment aufmarschieren zu lassen, sprechen fürchterliche Flüche aus.

Das Handeln der Kranken steht vielfach unter der Herrschaft ihres Wahnes. Sie suchen sich dem Gegenstande ihrer Liebe zu nähern, schreiben Briefe, antworten auf Zeitungsanzeigen, treffen Vorbereitungen zur Hochzeit. Eine Frau sandte die überschwänglichsten Liebesbriefe an den Vorgesetzten ihres Mannes und zwar unter der Adresse seiner Frau, wie ihr vermeintlich durch die Zeitung befohlen worden war. Eine andere Kranke blieb jahrelang täglich $1^1/_2$ Stunden an ihrem

Fenster sitzen, weil sie meinte, daß sonst ihrem gegenüber wohnenden, ahnungslosen Geliebten etwas zustoßen könne; sie schrieb ihm als seine Frau und erklärte ihrem eigenen Manne, daß sie sich von ihm scheiden lassen wolle. Eine dritte begab sich mit geladenem Revolver zu einem verheirateten Arzte, mit dem sie in geistiger Ehe zu leben glaubte, und drohte, ihn und sich zu erschießen. Andere Kranke suchen in den Besitz der unterschlagenen Gelder zu kommen; eine Frau suchte in die Residenz einzudringen und schrie laut aus dem Fenster, sie werde den Landesfürsten erstechen, weil er ihr die für die Seelenrettung fälligen Gelder nicht ausbezahle. Eine andere Kranke reiste nach Wien, um dort die Ausbreitung der Pest durch ihr Gebet zu verhindern; ein Kranker sprang während des Gottesdienstes plötzlich an den Altar und begann zu predigen. Abgesehen von solchen Entgleisungen und den mehr vorübergehenden, wenn auch manchmal sehr heftigen Erregungszuständen, können die Kranken ganz unauffällig erscheinen und sich geordnet beschäftigen. Öfters legen sie jedoch ein etwas geziertes, hochtrabendes, salbungsvolles Wesen an den Tag. Manche Kranke verfassen umfangreiche, schwülstige, überschwängliche Schriftstücke; eine Kranke schrieb darin von sich: ,,Mich, uns — die allerheiligste Majestät Gottes! Herrscher und Gebieter des Himmels und der Erde! Herr und Heiland-Imperator-Redemptor — aller Fürstengeschlechter — trotz meiner zarten Jugend . .“

Im weiteren Verlaufe pflegt sich das Krankheitsbild nur langsam zu verändern, soweit ich es nach den wenigen Fällen beurteilen kann, die länger als ein Jahrzehnt beobachtet wurden. Die Kranken bleiben im allgemeinen geordnet und klar, halten aber an ihren Wahnvorstellungen fest, die wohl etwas unsinniger und unzusammenhängender werden. Sie sind redselig, weitschweifig, ablenkbar, dabei lebhaft, zugänglich und lenksam; sie zeigen wechselnde, überwiegend zuversichtliche und gehobene Stimmung, bereiten der ärztlichen Behandlung keine größeren Schwierigkeiten. Abgesehen von großer Urteilslosigkeit, einer gewissen Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der gemütlichen Regungen und Willensschwäche scheint keine tiefere Verblödung einzutreten, jedenfalls kein Zerfall der psychischen Persönlichkeit.

Die von mir geschilderten Kranken waren bemerkenswerterweise fast sämtlich Frauen. Der Beginn des Leidens fiel in $^3/_4$ der

Fälle zwischen das 30. und 50. Lebensjahr; ein Fall setzte erst mit 64 Jahren ein, ohne daß von einem Altersblödsinn hätte die Rede sein können. Von besonders starker erblicher Belastung ließ sich nichts auffinden, ebensowenig von äußeren Krankheitsursachen. Eine Kranke war künstlerisch begabt, eine andere von jeher aufgeregt; ein Kranker wurde als sehr religiös und schlecht veranlagt bezeichnet; auch in mehreren anderen Fällen bestanden wohl schon lange auffallende Charakterzüge.

Ob die hier versuchsweise zusammengefaßten Krankheitsbilder wirklich eine klinische Einheit bilden, steht dahin. Dagegen halte ich es für kaum zweifelhaft, daß sie sich nicht ohne Zwang in eine der uns sonst bekannten Krankheitsformen einfügen lassen. Von der Dementia praecox unterscheiden sie sich durch die auch nach vieljähriger Dauer trotz Fortbestehens der Krankheitserscheinungen auffallend geringe Schädigung der psychischen Persönlichkeit, ferner durch das Fehlen aller selbständigen Willensstörungen, wenn man von der vielleicht mit den Größenideen zusammenhängenden Geziertheit und von den hier und da hervortretenden Andeutungen einer Willensbeeinflussung absieht. Nicht unwichtig ist vielleicht auch der Umstand, daß hier Gehörstäuschungen und vor allem körperliche Beeinflussungen als wahnbildende Vorgänge wesentlich zurücktreten hinter Gesichtstäuschungen, Deutungen und Erinnerungsfälschungen. Dieser Umstand spielt auch für die Abgrenzung von der systematisierenden Paraphrenie eine Rolle. Dazu kommt aber dann die meist raschere Entwicklung der Krankheit und namentlich die trotz der ebenfalls sich einstellenden Verfolgungsideen dauernd gehobene Stimmung, das zugängliche, freundliche, natürliche Wesen. Offenbar sind die Kranken nicht im entferntesten so gequält wie die verfolgten Verfolger; ihnen fehlen fast ganz die fortwährenden Eingriffe in ihr inneres Leben, die von jenen Kranken so überaus peinigend empfunden werden.

Eine Anzahl der hier geschilderten Kranken habe ich lange Zeit hindurch für manisch gehalten. Ihre heitere, oft übermütige, zu Scherzen geneigte Stimmung und ihre weitschweifige Geschwätzigkeit wie ihre durch äußere Anstöße sich rasch steigernden Erregungsausbrüche legen diese Deutung manchmal außerordentlich nahe. Indessen es handelt sich hier zunächst immer nur um einmalige Erkrankungen, die zudem ohne wesentliche Veränderung unbe-

grenzte Zeit andauern können; einzelne meiner Beobachtungen erstrecken sich über 12, 14, 18 Jahre. Ferner ist nach längerer Zeit die allmähliche Herausbildung eines psychischen Schwächezustandes unter Fortbestehen des Wahnes unverkennbar. Endlich ist die Erregung vielfach recht gering, fehlt auch wohl ganz oder macht sich nur auf Anregung bemerkbar, so daß die Kranken lediglich ein unbegründet heiteres, zuversichtliches Wesen zur Schau tragen, ohne sich in ihren Wahnvorstellungen irgendwie beirren zu lassen. Wie ich vermute, sind es diese Fälle, die Thalbitzer zur Aufstellung seines „manischen Wahnsinns" veranlaßt haben, der indessen auch noch andersartige Beobachtungen umfassen mag.

Das so stark ausgesprochene Überwiegen des weiblichen Geschlechtes könnte immerhin auf entfernte Verwandtschaftsbeziehungen zum manisch-depressiven Irresein hinweisen. Noch näher aber liegt vielleicht der Gedanke an hysterische Beimischungen. Die Häufigkeit visionärer Erlebnisse, das hochtrabende, selbstbewußte Benehmen, die Redegewandtheit, die Beeinflußbarkeit, die Neigung, hervorzutreten, erinnern in der Tat vielfach an das Verhalten mancher Hysterischer. Eine meiner Kranken hatte auch wirklich hysterische Anfälle; bei einer anderen begann die Krankheit anscheinend in Form eines 4 Monate fast ununterbrochen andauernden „magnetischen Schlafes" mit traumhaften religiösen Visionen. Dennoch kann natürlich angesichts der festsitzenden Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, der langsamen Entwicklung des Leidens in höherem Alter und der Herausbildung eines psychischen Siechtums von einer eigentlich hysterischen Geistesstörung keine Rede sein, ganz abgesehen davon, daß dahin deutende Erscheinungen überhaupt nur in einer Minderzahl von Fällen zur Beobachtung kommen. —

Die nächste, vielleicht mit der vorigen verwandte, **confabulierende Form** der Paraphrenie, die freilich nur eine kleine Zahl von Beobachtungen umfaßt, ist durch die beherrschende Rolle ausgezeichnet, die bei ihr Erinnerungsfälschungen spielen. Die Einleitung scheint zuweilen eine Veränderung im Wesen der Kranken zu bilden. Sie werden still, verschlossen, reizbar, ziehen sich zurück, grübeln viel, um dann allmählich mit der Erzählung ganz abenteuerlicher Erlebnisse im Sinne eines Verfolgungs- und Größenwahns herauszurücken. Sie fühlen sich zurückgesetzt, werden verfolgt, bestohlen, sollen vergiftet werden. Überall sind verdächtige Zeichen; es werden

Steine geworfen, die Fenster eingeschlagen; Schüsse fallen. Man verleumdet, beschimpft und bedroht sie, hustet sie an, zeigt ihnen die Zunge; Anarchisten stellen ihnen nach; eine Kassette mit Wertpapieren wurde gestohlen; der König von Preußen will sie ermorden lassen; sie werden verkuppelt, vergewaltigt, geköpft. Manche Kranke hören auch Stimmen, ein leises Geflüster; ihnen spricht jemand ins Ohr, sagt, was sie selbst sagen wollten; die Leute tuscheln und lachen.

Bisweilen geht die Verfolgung bis in die Jugend zurück. Schon in der Schule ging man darauf aus, den Kranken zu verderben. Er wurde von seinen Angehörigen verhöhnt, vom Lehrer grob behandelt, zur Onanie verführt, sollte „mit Unsitten verderbt" werden; die Mutter wollte ihn mit einem Apfel vergiften. Dann geriet er in die merkwürdigsten Gefahren. Die Menschen, mit denen er zusammenkam, waren Mörder und Mädchenhändler, führten anzügliche Reden, schlachteten Menschen, vergruben die Leichname oder verpackten sie in Kisten, um sie ins Wasser zu versenken. Man kündigte ihm an, daß er nun auch an die Reihe kommen werde, zielte auf ihn, wollte ihn mit einem langen Messer abschlachten, mit einer Höllenmaschine in die Luft sprengen; er sah vor 5 Jahren auf dem Bahnhofe ein Mädchen, das eine Bombe werfen wollte, verhinderte sie noch rechtzeitig daran. Alle diese Erlebnisse werden unter genauester Schilderung der Einzelheiten als Vorkommnisse der letzten Zeit dargestellt. Ein Kranker berichtete, daß er einen abgeschnittenen Menschenarm ausgegraben habe, dann aber vom Nachbarn mit vorgehaltenem Revolver zu ewigem Stillschweigen gezwungen worden sei; er erstattete dennoch Anzeige, und eine Untersuchung wurde wirklich eingeleitet. Ein anderer ging in ein Bordell, um sich selbst davon zu überzeugen, ob dort Menschenfresser wohnten. Man wollte ihm ans Leben, doch entkam er, erhielt aber später in einer Wirtschaft Menschenfleisch vorgesetzt. Der Wirt verriet sich selbst, bat, auf ihn schießen zu dürfen, fehlte jedoch und erschoß sich deswegen. Eine Kranke wurde genotzüchtigt, sollte von einem Manne, der schon viele Morde auf dem Gewissen hatte und ganz offen darüber sprach, auf einem Spaziergange umgebracht werden, weil sie zu viel wisse; schließlich wurde die Sache doch noch einmal aufgeschoben.

Fast noch reichlicher fließen die konfabulatorischen Quellen des

Größenwahns. Der Kranke stammt aus königlicher Familie, ist unehelicher Sohn eines Prinzen, des Königs Ludwig und einer Italienerin, wurde schon in der Jugend zum Verhungern ausgesetzt. Offiziere und Schutzleute grüßten ihn; man nannte ihn Zaunkönig. Der Pfarrer machte Verbeugungen; die Schulkameraden bezeichneten ihn als Prinz. Seine Mitgesellen waren der König von Spanien und der Herzog von Braunschweig; ein Mädchen, die Tochter des Kaisers von Österreich, sagte ihm, daß er der Sohn König Ludwigs sei, mit dem er eine derartige Ähnlichkeit hat, daß seine wirkliche Mutter ihn verkannte und auf einem Tanzboden mit ihm anknüpfen wollte. Die Schutzleute trugen deswegen Bärte wie Ludwig II. Er wurde auch zum Kaiser gewählt, fühlte sich aber noch zu jung dazu. Auf der Bahn begegnete ihm der Kaiser von Österreich und der Präsident der französischen Republik; der Großherzog von Baden und der Kaiser kamen verkleidet zu ihm, um ihn auszuhorchen. Er hat wichtige politische Gespräche mit angehört, kam gerade darüber zu, wie sich bedeutungsvolle Vorgänge abspielten. Man teilte ihm schon im 16.—17. Jahre mit, daß er ein Haus in Berlin bekommen und Fürst Schwarzenbergs Güter erben werde; die Mutter sprach davon. Auf der Post zeigte man ihm einen Geldbrief mit der eine Million betragenden Erbschaft, sagte ihm, daß die Summe auf der Bank hinterlegt werde. Als Kind wurde er in die Residenz geführt, wo man ihn sein Geburtszimmer sehen ließ; später gab sich der König ihm durch Gebärden und Mienenspiel als Vater zu erkennen. Der Kranke kam mit einer der beiden Töchter des Königs zusammen; die ältere versprach ihm, ihn zu heiraten.

In dieser Weise bringen die Kranken eine Unmenge von abenteuerlichen Erzählungen mit größter Überzeugungstreue vollkommen in der Form persönlicher Erlebnisse vor. Jeden Blick, jede Miene der beteiligten Personen wissen sie genau zu schildern; jedes Wort berichten sie, auch wenn die Vorgänge Jahrzehnte zurückverlegt werden. „Mir ist dies alles so deutlich, als wenn ich es mit Augen vor mir sähe", erklärte eine Kranke. Manchmal befestigen sich die oft wiederholten Schilderungen derart, daß sie fast mit den nämlichen Worten gegeben werden. Namentlich im Beginne aber kann man die Kranken bisweilen nicht nur durch Fragen zu neuen Ausschmückungen veranlassen, sondern sie bringen auch selbst immerfort Zusätze, die ihnen inzwischen noch eingefallen seien.

Der Kranke, der den Leichenarm ausgegraben hatte, berichtete in den Tagen nach dieser Erzählung, daß der Nachbar etwas unter einem Baume vergraben habe, was nach Leichen roch, daß ferner die Nachbarin von einer Schlachtbank im Keller sprach, daß zahlreiche Personen im Dorfe verschwanden, auch die Mutter des Kranken, daß die Hunde mit Menschenfleisch gefüttert wurden, daß die Nachbarin ihn mit dem Revolver bedrohte und ankündigte, er komme in 8 Tagen dran, endlich, daß der Nachbar ihm, als er in die Stadt floh, in Verkleidung nachfolgte.

Über den auffallenden Umstand, daß ihre merkwürdigen Erlebnisse von ihnen früher nicht beachtet wurden, pflegen sich die Kranken leicht hinwegzusetzen. Sie hatten es vollständig vergessen, haben nicht mehr daran gedacht, machten keinen Gebrauch davon; erst späterhin ist ihnen alles wieder eingefallen. Eine Kranke äußerte, sie sei erst wieder darauf gekommen, als sie eine Flüsterstimme wie ein Souffleur an alles erinnert habe; sie meinte, ihre Mutter, die ihr viele von ihren Lebensschicksalen voraussagte, habe ihr dann die Gedanken daran wieder weggenommen; „das verstand sie".

Für die leichte Beweglichkeit ihrer Einbildungskraft zeugt die Art, wie die Kranken in ihren konfabulatorischen Erzählungen Schlüsse ziehen. Ein Kranker führte an, daß er habe französisch sprechen hören, also war der Präsident der französischen Republik zugegen; ein Mitgeselle sprach von Braunschweig, also war er der Herzog von Braunschweig. Eine Kranke schilderte, wie der König mit dem Finger auf seinem Gewande kleine runde Bogen beschrieb; offenbar wollte er damit den Rundbogenstil der Residenz andeuten, in der sie geboren sei. Eine andere hörte angeblich die Frau eines Galerieleiters sagen: „In diesem Gelump läßt sich schon Geld machen"; daraus wurde ihr klar, daß die wertvollen Originale der Galerie heimlich durch Nachahmungen ersetzt worden seien.

Auch die Rolle, die sich die Kranken selbst in ihren Erinnerungsfälschungen zuschreiben, ist sehr merkwürdig. Obgleich man ihnen nach ihrer Schilderung mit dürren Worten sagte, daß sie umgebracht werden sollen, haben sie nicht die geringsten Maßregeln zur Abwehr oder Flucht getroffen, verkehrten wochenlang weiter mit Menschen, die sich ihnen als schreckliche Raubmörder zu erkennen gaben. Die aufregendsten Mitteilungen über ihre königliche Abstammung, ihr riesiges Erbteil, ihre glänzenden Heiratsaussichten haben sie angeb-

lich mit der größten Seelenruhe hingenommen und rasch wieder vergessen, ohne sich um die Dinge weiter zu bekümmern, bis sie ihnen gelegentlich wieder eingefallen sind. Der Hinweis auf alle diese Unmöglichkeiten pflegt jedoch auf die Kranken wenig Eindruck zu machen; sie geben vielleicht vorübergehend zu, daß „alles Unsinn" war, kommen aber später doch wieder darauf zurück.

Der Inhalt der Erinnerungsfälschungen beschränkt sich durchaus nicht immer auf den eigentlichen Verfolgungs- und Größenwahn; er knüpft vielfach auch an fernerliegende persönliche Erlebnisse und Tagesereignisse an. Einem Kranken fiel ein, daß er seine Braut, die er für sehr vermögend hielt, und ebenso deren Vater früher schon einmal in einer Anstalt gesehen habe; damals wurden ihm rührende Geschichten über die traurigen Schicksale des wirklichen und die Schandtaten des Pflegevaters erzählt. Eine Kranke schilderte mit vollster Sicherheit eine Menge von Vorgängen, die den Vorgesetzten ihres Mannes auf das schwerste belasteten und von letzterem selbst blind geglaubt wurden. Ferner aber berichtete sie über ganz abenteuerliche, 20 Jahre zurückliegende Erlebnisse mit dem Fürsten Eulenburg, mit Richard Wagner, mit König Ludwig in so anschaulicher, lebendiger und eingehender Weise, daß sie als Prozeßzeugin zugezogen wurde. Eine andere erzählte, man habe ihr durch Schließen der Augen und Neigen des Kopfes angedeutet, daß König Ludwig am Wasser gesessen habe und vornüber gesunken sei.

Sehr häufig knüpfen Erinnerungsfälschungen auch an die augenblickliche Umgebung an. Den Kranken kommt alles bekannt vor; sie waren schon einmal in den Räumen der Anstalt; das Haus und alles, was ihnen widerfährt, hat man ihnen früher schon beschrieben; es ist ein Hotel, in dem sie vor 7—8 Jahren mit ihren Kindern gewohnt haben; sie erinnern sich der Aussicht, des Gottesdienstes, kommen allmählich darauf, daß sie das alles bereits gesehen haben. Auch der Arzt ist ihnen bekannt; „tun Sie doch nicht so unschuldig, als ob Sie es nicht wären", sagte eine Kranke. Die Pflegerinnen, die Mitkranken sind alte Bekannte, tragen falsche Namen; „machen Sie mir doch nichts vor", erwiderte eine Kranke auf unsere Einwendungen. Die Sachen, die andere tragen, gehören ihnen; die Möbel stammen aus ihrer Wohnung. Dieselben Verfolger kommen wieder, aber in wechselnder Verkleidung. Eine Kranke behauptete, ihr Mann werde von verschiedenen Personen gespielt, sei bald

kleiner, bald größer, bald dicker, bald dünner. Auch die Kinder seien vertauscht, nicht die ihrigen, stammten aus dem Findelhause. Bei einem Besuche erkannte sie den Mann nicht an, duldete aber seine Zärtlichkeiten.

Außer den mit Erinnerungsfälschungen in Beziehung stehenden krankhaften Ideen finden sich in der Regel noch weitere Wahnvorstellungen verschiedener Art. Der Kranke soll um seine Rechte gebracht werden, ist von Geheimpolizisten umgeben, erhält Gift. Besuche werden im Keller festgehalten; die ganze Wohnung wurde ausgeräumt;. eine Revolution bricht herein; Kaiser und König werden gestürzt; die Frau hat die Kinder umgebracht. Der Kranke glaubt sich von Mördern umgeben, wird gemartert. Er ist mit Bismarck und Kaiser Wilhelm verwandt, erhält Botschaft, daß er eine vornehme Heirat machen soll. Die Mutter ist nicht gestorben, hat ein Haus von Rothschild geerbt. Jemand spricht ihm ins Ohr, daß er Christus, Sohn Gottes sei, seliger werde, als alle die andern. Er hat Wundmale, ist der Jüngling zu Nain; das Weltschiff der Erde sollte untergehen; da ist einer gekommen, es zu retten.

Das Bewußtsein der Kranken ist bei allen ihren unsinnigen Wahnbildungen dauernd ungetrübt. Sie sind besonnen, fassen ohne Schwierigkeit auf, geben klare, zusammenhängende Auskunft, benehmen sich geordnet. Soweit nicht ihr Wahn in Frage kommt, pflegen sie auch über ihre Umgebung und ihre Lage völlig im klaren zu sein, doch erscheinen ihnen öfters die Vorgänge um sie herum geheimnisvoll und unverständlich. „Ich konnte mir alles nicht erklären, stand vor lauter Rätseln und wäre bald irrsinnig geworden“, erklärte ein Kranker. Die Stimmung ist trotz der Verfolgungsideen in der Regel heiter, gehoben, „ganz glücklich“, vorübergehend auch ängstlich oder gereizt. Meist sind die Kranken sehr zugänglich redselig, weitschweifig, abspringend, neigen bisweilen zu Wortspielereien. Mit großer Lebhaftigkeit fördern sie immer neue Einzelheiten ihrer wahnhaften Erinnerungen zutage, verteidigen ihre Ideen mit Nachdruck und Gewandtheit, lassen sich auch in ihrem Handeln von ihnen leiten. Sie gehen auf die Polizei, um sich dort über ihre Angelegenheiten Auskunft zu erholen, machen Anzeige beim Staatsanwalt, versuchen, auf der Bank ihr Geld zu erheben.

Der Verlauf des Leidens scheint ein fortschreitender zu sein. Zumeist bildet die üppige Erzeugung von Erinnerungsfälschungen

nur einen verhältnismäßig kurzen Abschnitt der Krankheit, wenn auch die wahnhaften Erdichtungen längere Zeit festgehalten, wiederholt und vielleicht noch etwas weiter ausgeschmückt werden. Nach Jahr und Tag können sie vollständig verblaßt sein; die Kranken wollen nichts mehr davon hören, wissen nichts mehr von den Geschichten, weichen aus; das sei Privatsache. Zugleich werden die Wahnvorstellungen unsinniger, zerfahrener; die Stimmung wird gereizt, mürrisch oder gleichgültig, so daß an der Entwicklung eines psychischen Siechtums kein Zweifel besteht. Leider wurde von den mir zu Gebote stehenden Fällen bisher nur ein einziger länger als ein Jahrzehnt beobachtet, so daß ich über die letzten Schicksale dieser Kranken keine genaueren Angaben zu machen imstande bin.

Das hier geschilderte, höchst merkwürdige Krankheitsbild ist nicht häufig; ich habe in nahezu 35 Jahren kaum mehr als ein Dutzend ausgeprägter Fälle gesehen. Beide Geschlechter scheinen in gleichem Maße vertreten zu sein; nach ihrem Alter verteilten sich meine Kranken ziemlich gleichmäßig auf die drei Jahrzehnte zwischen dem 20. und 50. Jahre; sie waren also im Durchschnitt etwas jünger, als die früher besprochenen Kranken. Besondere Erfahrungen hinsichtlich der Krankheitsursachen habe ich nicht anzuführen; nur wurde bei mehreren Kranken angegeben, daß sie von jeher still und grüblerisch gewesen seien.

Da sich die Kennzeichnung des klinischen Bildes wesentlich auf ein einzelnes, allerdings sehr auffallendes, aber in schwächerer Ausprägung auch bei anderen Krankheitsformen vorkommendes klinisches Zeichen stützt, wird man seine Eigenart nicht für allzu sicher begründet halten dürfen. Einen unserer Fälle hat Nitsche im Einverständnis mit mir als chronische Manie veröffentlicht; ich neige mich indessen nach genauerer Prüfung einer größeren Anzahl von paranoiden Erkrankungen der Ansicht zu, daß er in die hier umgrenzte Gruppe gehört. Manche Umstände, der verhältnismäßig frühe Beginn und der immerhin meist schon nach einigen Jahren deutliche psychische Rückgang würden auf Verwandtschaft mit der Dementia praecox hindeuten, namentlich mit jenen Formen, die man als originäre Paranoia bezeichnet hat. Solange jedoch nicht durch ausgedehntere Beobachtungsreihen die Ausgänge der hier besprochenen Gruppe und deren Beziehungen zur Dementia praecox besser geklärt sind, möchte ich ihr noch eine Sonderstellung zugestehen.

Gestützt wird diese Anschauung jedenfalls durch das gänzliche Fehlen von körperlichen Beeinflussungsideen und von Willensstörungen, wenn man nicht gelegentliches Gesichterschneiden und steifes, ablehnendes Wesen dahin rechnen will. —

Eine letzte, an dieser Stelle zu besprechende, ebenfalls wenig umfangreiche Gruppe von Beobachtungen möchte ich als **Paraphrenia** (Dementia) **phantastica** bezeichnen; bei ihr handelt es sich um die üppige Erzeugung äußerst abenteuerlicher, zusammenhangsloser, wechselnder Wahnvorstellungen. Sie deckt sich im wesentlichen mit der früher von mir beschriebenen Dementia paranoides; da indessen diese Bezeichnung vielfach allgemein für die wahnbildenden Formen der Dementia praecox gebraucht worden ist, halte ich es zur Verhütung von Mißverständnissen für zweckmäßig, zu einer neuen Benennung zu greifen. Die Krankheit scheint häufig mit einer Verstimmung zu beginnen. Der Kranke wird abgespannt, mutlos, gedrückt, still, ängstlich, hat keine rechte Lebenskraft, denkt auch wohl an Selbstmord. Allmählich tauchen dann Verfolgungsideen auf. Der Kranke merkt, daß er so angeschaut wird, daß die Hausbewohner sich über ihn lustig machen, bissige Reden führen, ihm nach dem Leben trachten, vor der Türe horchen, ihm keine Ruhe lassen; es ist eine Hetzerei. Er steht durch die Uhr unter Polizeiaufsicht, ist denunziert, wird für alles verantwortlich gemacht, soll kastriert, wegen Raubmordes und Diebstahls bestraft werden; er ist Studienobjekt, muß büßen mit Experimenten; man will ihm sein Vermögen nehmen. Seine Briefe werden nicht befördert; in den Zeitungen wird er heruntergerissen; das Zimmer wird elektrisch durchleuchtet; in seiner Abwesenheit dringen die Nachbarn in seine Wohnung, holen Kleider fort, verderben die Sachen; es ist eine Verbrecherbande. Beamte treten mit gefälschten Zeugnissen und unter falschem Namen auf; die Frau ist verändert. In den Speisen findet der Kranke Speichel, Kot, Menschenblut; er wird mit Chloroform und Schwefel betäubt; alles ist mit Schwefelsäure durchtränkt, voll Arsen und Phosphor; das Bett stinkt, enthält Schlangen.

Regelmäßig stellen sich nun auch Gehörstäuschungen ein. Der Kranke hört Wispern, Gezwitscher, üble Nachreden, Flüsterstimmen, Geisterstimmen, Telephonstimmen von der Decke, „Stimmen in der Öffentlichkeit und in der Straßenbegegnung". Man ver-

folgt ihn mit dem Fernsprechapparat, hält ihm seine Fehler vor („Wichsfabrikant!“), ruft ihn, teilt ihm mit, daß seine Famiiie tot, daß er begnadigt sei. Der Magistrat und die Polizei, der Kaiser und Prinzessinnen sprechen; die Schwester weint unterirdisch. Im Zimmer sind unsichtbare Menschen und sprechen; aus dem Kissen dringen Flüsterstimmen vom Teufel und seinen Lichtträgern; der Schutzengel spricht; Jesus lispelt; es ist der „Offenbarungszauber“; im Ohr sitzt der Gehörgeist. Auch Tiere können reden; „ich hab' geistige Ohren, wenn die Fliegen mit mir sprechen“, erklärte eine Kranke. Der Kranke führt Zwiegespräche mit den Stimmen, unterhält sich mit den Ministern in Berlin, telephoniert mit Gott. Die Stimmen klagen ihn an, loben und bedrohen ihn, diktieren ihm, lesen laut, was in seinen Briefen und in der Zeitung steht, wissen seine Gedanken, sagen sie ihm vor; es findet eine Zwangsprüfung seiner Gedanken statt. Auch Bemerkungen über sein Tun machen sie. „Jetzt spürt sie's“, heißt es, wenn etwas schmerzt; „jetzt spricht er französisch, damit man ihn nicht versteht“; „mein Gott, die sagt alles; alles kommt auf“, ruft ein Mörder aus. Eine Kranke hörte Stimmen, die in ständigem Widerspruche mit ihren Gedanken standen; „es sind fremde Geister, die aus mir sprechen“, erklärte ein Kranker. Ein anderer hatte das Gefühl, als spreche er mit dem Hauche seines Mundes das Gehörte nach; er fürchtete immer, durch ein falsches Wort Unheil anzurichten. Ein dritter unterschied Straßenstimmen, Verkehrsstimmen und Flüsterstimmen; die letzteren stammen von „eingezeugten“, in seinem Innern befindlichen Menschen; bei den ersteren ist es, als ob eine ganze Straße auftreten würde; „die Stimmen lösen sich los, treffen auf den Menschen, setzen sich im Gehör fest“. Gesichtstäuschungen pflegen demgegenüber nur eine geringe Rolle zu spielen. Die Kranken sehen den Schein vom elektrischen Strom, dunkle Schatten, die hinausgehen, den Heiland, den himmlischen Vater, Engel, Staubinsekten in der Luft, schwebende Körper, Gestalten, die Form und Größe wechseln; die Personen verändern sich durch Zauberei.

Einen sehr großen Raum nehmen dagegen im Krankheitsbilde die *Gemeinempfindungen* und namentlich der mit ihnen verknüpfte *Wahn der persönlichen Beeinflussung* ein. Die Kranken klagen über Schmerzen und Mißempfindungen aller Art; sie werden gemartert, gegeißelt, entehrt, fühlen Stiche in Bein, Kopf und Brust,

Brennen in der Harnröhre, Ameisenlaufen am Penis. Man macht ihnen mit dem elektrischen Apparat Bauchschmerzen; sie bekommen Stöße, Einspritzungen in die Haut, werden betäubt. Die Hoden werden elektrisiert; die Stimme wird verändert, der ganze Körper verwandelt, die Gedanken, das Gedächtnis genommen durch spiritistische Künste und Schurkereien, Hexerei und Zaubermittel, durch unsichtbare, „unter Deckung stehende" Verfolger. Ein Kranker fühlte Zwicken, Stechen, Pressen, Blitze im Gehirn; sein Herz wurde mit einem Pferdestriegel gestrichen; seine Gedärme wurden rhythmisch zusammengezogen; ein anderer meinte, er habe Instrumente im Leibe. Nachts versetzt man den Kranken in Hypnose, schleppt ihn fort, läßt ihn unschöne Sachen mit Frauenzimmern machen. Eine Kranke hatte das Gefühl, als ob immer jemand um sie herum sei; nachts stand jemand hinter ihr und verwirrte ihre Gedanken; sie mußte allerlei gleichgültige Dinge tun, sollte sich die Pulsadern aufschneiden, wurde geschlechtlich gemißbraucht, auch durch den Mund. „Die Menschen haben einen solchen Einfluß auf mich, daß es schrecklich ist", klagte ein Kranker; „nicht schreiben kann ich, wenn sie nicht wollen; auf alle meine Körperteile haben sie Einfluß."

In einzelnen Fällen gewinnen diese Empfindungen und Vorstellungen ganz ungeheuerliche Formen. Der Kranke wurde zeugungsunfähig gemacht, hat nur ein paar Steinchen im Scrotum; ihm werden die Knochen gebrochen, Leber, Milz, Lunge, Eingeweide, Gliedwurzel, Dammriegel ausgerissen, das Mark mit teuflischen Instrumenten ausgesogen, die Geschlechtsteile ausgesoffen, die Brustklinge ausgewechselt, das Schlüsselbein 4 mal durchschnitten, der Kopf 19 mal zerschlagen und die ausgerissenen Teile durch neue ersetzt. Sein Leib wird eingeschmolzen; er fühlt die Kreissäge im Kopfe; der Körper wird auseinandergerissen; die Beine werden von der Eisenbahn abgefahren; die Arme sind ganz weit abgetrennt, so daß er den Zwischenraum fühlt; die Augen treten weit aus dem Kopfe, hängen an meterlangen blutigen Strängen. Alle Maschinen und Betriebe ziehen ihn an; seine Organe legen sich an die elektrischen Glühbirnen an; die Mundharmonika saugt sich an seinem Munde fest; er fühlt sich an einen Kessel angespannt. „Der direkte Mechanismus der Maschine ist der Punkt, um den sich sozusagen das Leben, der Organismus aufschlingt; ich weiß nicht, wie das ist,

aber der Mechanismus verfolgt mich auf Rache", äußerte ein Kranker. Namentlich beeinflußten ihn auch die Stimmen. „Dieses Sprechen, das den Menschen auf der Straße trifft, versenkt ihn in einen Zustand, wo man sich nicht wehren kann; sie lagern sich auf ihn, treiben ihn zu Tätlichkeiten", erklärte er; „man kann davon umfallen. Dies greift den Menschen das Innerste an, regt furchtbar auf, kommt wie der Blitz und greift auch in die natürliche gegenwärtige Lage, in der man sich gerade befindet." Ein anderer Kranker meinte, er werde angegriffen von „Willensgedanken", unsichtbaren fremden Menschen; ihm wurden beim Lesen und Schreiben falsche Buchstaben und Worte untergeschoben. Ein dritter behauptete, er sei an die ganze Welt angeschlossen.

Das merkwürdigste aber ist, daß der Kranke andere Menschen in seinen Leib schlüpfen fühlt und sieht. Personen verschwinden in ihm, legen sich „in seine Form"; eine ganze Menge Bevölkerung läßt sich von ihm fortschleppen. Ein Kranker merkte, wie ein ganzes Automobil in ihn hineinfuhr; das Lenkrad stand ihm aus den Ohren heraus. Freimaurer sind in ihm; der Vater sitzt in der rechten Wade; Kaiser Friedrich befindet sich in seinem Körper, um gerettet zu werden. Der ganze Leib ist voll; Menschen, die nicht sie selbst sind, körperlich ganz zerrissen, Kopf da, Geist dort, kommen aus der Luft angeflogen; es geht aus und ein wie in einem Taubenschlage. Der Kranke besteht aus 13 Personen; 8 Frauenzimmer sind in ihm. 500 Frauenzimmer waren in und außer mir, erklärte ein Kranker. Ein anderer meinte: „Ich komme mir vor wie ein leeres Zimmer, das beständig von frischen Mietern bewohnt ist. Was nützt es, daß ich sie hinausjage? Sie sind so unverschämt und kommen wieder."

Bisweilen sind die Belästigungen ausgeprägt geschlechtlicher Art. Man hat von dem Kranken ein Modell angefertigt; sobald man dessen Geschlechtsteile anrührt, wird er gereizt und zur Sünde verführt. Vornehme Personen schlüpfen in seinem Penis ein und aus; eine Prinzessin sitzt in seinem Gliede; Kaiserinnen und Königinnen bitten, daran spielen zu dürfen, und fragen: „Darf ich? darf ich?" Ein Kranker behauptete, er werde zur Zeugung gebraucht; Menschen würden in ihn hineingezeugt, entwickelten sich in ihm. Er fühlte, wie er durch die Nase, den Kehlkopf, durch Wunden begattet wurde, in die Menschen hineingerieten. Auf seinem Auge entwickelte sich ein weibliches Geschlechtsorgan, während der übrige Körper vor

hm schwebte; auch in einer Peniswunde wurzelte ein 9jähriges Mädchen mit seinen Geschlechtsorganen. Diese Mädchen sprachen durch seine Organe, ohne daß er es wollte; er wurde beschuldigt, sich an ihnen zu vergehen, meinte, das könne vielleicht durch andere Männer geschehen. Ein Kranker fühlte sich schwanger, nannte sich Franziska, wünschte von seinen Genitalien befreit und auf die Gebärklinik verlegt zu werden, wollte das schönste Weib auf Erden werden.

Kaum weniger unbegreiflich, als diese Beeinflussungs- und Besessenheitsideen sind die sonstigen Wahnvorstellungen, die von den Kranken in fast unerschöpflicher Fülle vorgebracht werden. Zum Teil lassen sie sich unter den Gesichtspunkten des Größen- oder Verfolgungswahns unterbringen; zum Teil handelt es sich aber auch um ein ganz sinn- und zielloses Spielen mit den abenteuerlichsten Einfällen. Die Verwandten werden zerschnitten; der Vater hat seine beiden Söhne erdrosselt; auf dem Speicher werden täglich 200 Personen abgeschlachtet. Im Hause ist eine Maschine zum Köpfen; viele haben schon ihr Leben geopfert; den Wirten werden Gifte und Schlafmittel zur Verabreichung an die Gäste verkauft. Es besteht ein internationales Unternehmen zu „Beiseiteschaffungen" durch Lifts in den Hotels, die unversehens in unterirdische Gewölbe gehen. Dort steht eine Wurstmaschine für die vielen abgeschlachteten Menschen; schon seit 6 Jahren werden täglich Milliarden von Menschen hingemordet; ganze Städte sind leer; es ist ein teuflisches Verbrechen. Alles ißt Menschenfleisch; das Essen enthält Menschenblut und weibliche Genitalien; aus Knochen und Gehirn macht man Käse; Preußen und Pfaffen stecken dahinter; alles geschieht auf Befehl des Logenmeisters zur Buße. Überall sind elektrische Drähte; die Mitkranken sind Mädchenhändler; verkleidete Feinde sind da, haben durch Zauber Hautfarbe, Fähigkeiten, Sprache von andern angenommen; der Landesfürst hat sich erschossen, ist ein Raubmörder; der Weltuntergang, die Erfüllung der Offenbarung steht bevor. Der Kranke ist sein ganzes Leben lang durch die Bannbulle in ein Pferd gebannt, hat Insektengeister im Leibe; er wurde oft erstochen und erschossen, hatte 3 Herzen, ist jetzt ohne Herz und Lungen, schon tot, hat keine Gedanken mehr, besitzt weibliche Genitalien.

Auf der anderen Seite stammt der Kranke von adligen Eltern, ist geraubtes Kind der Königin Mutter, aus goldener Wiege zu Schuhmacherseheleuten getan, Sohn von Prinz Karl, Herzog von

Habsburg, standesgemäßer Kaiser von Berlin, Landespräsident der hessischen Republik. Andere sind der, der da kommen soll, Kaiser und Gott, erster und letzter Mensch, der erste Fürst von Anfang der Welt, ein übernatürliches Wesen, Märchenprinz, königliche Hoheit, Majestät des Himmels und der Erde, Regent der Affen, Kaiser von Österreich, Napoleon, zum König von Bayern ernannt, Weltkaiser und Eigentümer der ganzen Welt. Ganz Europa gehört dem Kranken; er regiert Stadt und Land von seiner Geburt. Ein Kranker erklärte, daß sich der alte Kaiser, der Kaiser Friedrich und der jetzige Kaiser in ihm vereinigten; in einem anderen steckten seit dem 5. Jahre Prinz Karl und Kaiser Friedrich; „zusammen heißen wir Karl Friedrich", meinte er. Frauen sind die Mutter Gottes von Lourdes, Großfürstin von Geburt, höchste Frau der Erde, geraubt von Koburg, zweite Königin Luise durch ihren „hohen, hohen, hohen, hohen Vater", Jagdgöttin, das allerhöchste und edelste, was es gibt, Majestät Klara, Regentin vom Hause, Kapitalistin von Krankheit; sie werden zu Weihnachten ein Jesuskind gebären, wollen einen hohen Offizier heiraten; eine Kranke erklärte, sie habe viele Kinder von der heiligen Theresia.

Durch die Gnade Gottes ist der Kranke unendlich reich geworden, wird für seine Grundstücke einen unermeßlichen Preis erhalten, bekommt Millionen und Juwelen vom Kaiser von Österreich und von einem amerikanischen Eisenbahnkönig, verlangt seine Milliarden, besitzt ein Millionenreich, tausende von Quadratmeilen auf Mars, Neptun und Venus, will in sein Palais, hat alles hier geerbt, bekommt für jeden Tag 100 000 Mark Entschädigung, erhält Geldsendungen von allen Seiten her, die unterschlagen werden. Er besitzt den Bergspiegel, kann aus Steinen Brot machen, hat die Ursprache studiert, ist Mitwisser wichtiger Staatsgeheimnisse; er soll eine Prinzessin heiraten, ist mit 6 Majestäten unter Deckung vermählt. Fürst Bismarck kommt; der König der Niederlande wird ihn befreien; ein Prinz wartet im Nebenzimmer; der Kaiser Franz Joseph ist da, der des Kranken Schwester geheiratet hat. Er wird vom Erdmagnet ernährt, vom heiligen Geist gefüttert, der ihm alles sagt, in ihm steckt, das Gift ableitet; er nimmt die schönsten Bilder auf durch goldene Drähte mit Magnetabdruck und Elektrizität; er besitzt die Afrikanermethode des Lebens, so daß er nicht sterben kann, hat die Gnade, steht im Dienste der Gottheit, erhielt

Offenbarungen von den Spiritisten über das Nahen des Weltendes; aus seinem Munde fließen Gottesworte; Gott lebt in seinem Leibe.

Die Ausmalung der überschwänglichen Größenideen führt bisweilen zu einem außerordentlichen Aufwande von Superlativen, in denen die Kranken ihre unermeßlichen Vorzüge und Leiden zu

Schriftprobe 34. Paraphrenia phantastica.

schildern suchen. Einen Begriff davon mag der folgende Ausschnitt aus einem der unzähligen, sich endlos in ähnlicher Weise wiederholenden Schriftstücke geben, die uns eine Kranke lieferte; ich füge aus ihnen auch eine Schriftprobe (Figur 34) bei, die sich in ihren großen, anspruchsvollen Zügen bemüht, dem hochgespannten Selbstgefühle gerecht zu werden.

Ich habe hier das Allerhöchste, Allerunermeßlichste, Allererhabenste Allererhabendste Allerkolossalste Allergrenzenloseste Allerunumschränkteste Allervornehmste Einzig Allerhöchstes Einzig Allerunermeßlichstes Einzig Allererhabenstes Einzig Allerkolossalstes Einzig Allergrenzenlosestes (so weiter 6 Bogenseiten lang) Hingebendster Liebendster Leidenschaftsvollster Allerumfassender Allerumfassendster heißester Allerheißester Verehrung Liebe Dankbarkeit, Hingebungen, Leidenschaften, Anbetungen, Anbetung besitzendes Wesen geboren . . Ich war, bin und bleibe dies, ein Allervorzüglichstes Allergrößtes Unikum der Unsterblichkeit in Vielseitigster potenzierter Weise Art Durchführung! . . Bin fast 3 Jahre auf entsetzlichste Weise das Schlachtopfer einer bestialischsten schrecklichsten Mord- und Räuberbande, wodurch ich mit Todesqualen zum schrecklichsten Krüppel abgeschlachtet, geraubmordet wurde werde nebstbei gegen meine frühere vollendetste Schönheit in eine schrecklichste Häßlichkeit gemordet wurde, geraubmordet wurde werde es reicht bis zu meiner Geburt ich erlitt erleide als fortgesetztes Schlachtopfer aller Mord- und Räuberbanden der Erde die grenzenlosesten Morde Raubmorde Ehrenmorde ich war bin bleibe das Allervorzüglichste Vielseitigste Erhabenste Beste Unsterblichste Wesen war Ungeheuerlichst reich Großartigste Monarchin Vieler Staaten . ."

Man beachte die großen Anfangsbuchstaben, das Fehlen der Satzzeichen, den Drang, durch Wiederholung, Steigerungen, Verbindung von Vergangenheit und Gegenwart möglichste Eindringlichkeit zu erreichen, endlich in der Schriftprobe die absonderliche Manier, einzelne Buchstaben (hier das m) zweimal in verschiedener Form zu setzen.

Vielfach kleiden sich die Wahnbildungen in die Form von Erinnerungsfälschungen. Der Kranke hatte von jeher eine ahnende Seele; er wurde als Kind geraubt, geschändet, hatte große Kämpfe zu bestehen, machte Reisen nach China und zum Nordpol, wurde vor 9 Jahren im Landtage zum König von Bayern ernannt. Er wurde im Amazonenstrome aufgefischt, aus Speichel zusammengerieben, durch Gipsverbände klein gezogen, 25 Jahre durch das Tierreich gehetzt. Man wollte ihn erdrosseln, köpfen, vergiften, vom Turme werfen, elektrisch totmachen. Er war Christus und Paris, Eva, Moses, Alexander der Große, Cäsar, Viktoria, Maria Stuart, Jungfrau von

Orleans, Eugenie, Napoleon, wurde viele Male getötet, von 50 Kugeln und Tausenden von Nadeln durchbohrt, schon als Knabe mit Kanthariden vergiftet, sollte zur Onanie verführt werden; er hat die ersten Menschen erschaffen, Doktor studiert, war Privatdozent, wechselte alle 200 Jahre zwischen Studieren und Regieren, sollte mit 7 Jahren die ganze Welt lenken. Ein Stück vom Erzbischof hat er gegessen, mit dem Züricher Teufel ein Gespräch geführt; auch die Paradiesschlange war er; er wird immer wieder geboren, hat schon ein Dutzendmal gelebt, die Stadt Jerusalem gegründet, alle Dynastien abgesetzt, Statthalter dafür bestellt, bringt die Nächte in der Unterwelt zu, liefert den Landesfeinden tagtäglich furchtbare Schlachten. Er war Professor bei der Königin von England, sah dort eine Kinderfabrikationsmaschine, arbeitete mit dem Erbgroßherzog zusammen als Schreiner und Steinmetz, war 1895 bei der Geisterversammlung, war auch der Jäger, der das Mädchen geschossen hat in der Schweiz. Eine innere Stimme sagt ihm alles, was passieren wird. Die Anstalt ist schon zum 97. Male aufgebaut; auch die Väter haben hier gebüßt. Manchmal knüpfen derartige Wahnbildungen an alle zufällig angeregten Vorstellungen an; der Kranke hat jeden Vorgang in der Geschichte, von dem die Rede ist, selber mit erlebt, war Kaiser Wilhelm, Bismarck, Napoleon I. und III., Alexander III., alles in einer Person, erklärt, wenn von Tuchfabriken die Rede ist, er besitze in allen Städten Deutschlands selbst große Tuchfabriken, erzählt dem Arzte von den ungeheuerlichsten Operationen, die er als Chirurg ausgeführt habe, kennt alle neueintretenden Kranken schon von früher, weiß über abenteuerliche Erlebnisse mit ihnen zu berichten. Ein Kranker entdeckte auf Spaziergängen Löwen, versunkene Städte, Gold- und Silberminen.

Nahe verwandt mit den Erinnerungsfälschungen sind wohl allerlei andere, nicht die Form persönlicher Erlebnisse tragende Konfabulationen. Eine Kranke erzählte aus der Vergangenheit ihrer Mitkranken die unsinnigsten Geschichten; ein Kranker behauptete, Christus sei in Augsburg gekreuzigt worden; die Hermannsschlacht habe nicht im Teutoburger Walde stattgefunden; Bismarck lebe noch. Ein anderer erzählte, Napoleon, sein Bruder, sei letzten Winter in Frankreich geköpft worden. Hierher gehören auch die häufiger auftauchenden Abstammungsideen. Eine Kranke meinte, der Same von gescheiterten Menschen gelange aus dem Meer-

wasser in Haifische, werde dort zu „Rochus“ und dann wieder zu Menschen; aus der Vereinigung von Weibern und Tieren entstehen Halbmenschen („Gromen“); sie sprach von „Samengeschwistern“, die sich heiraten müßten. Eine andere erklärte, ihre Mutter stamme von der Taube des Zacharias ab; Christi erste Braut sei ein indisches Mädchen, Lararuk, gewesen; sie selbst sei die zweite, wurde von ihm überschattet, die Mutter des Münchener Kindls. Ein anderes Mal erzählte sie, Christus habe vor 4000 Jahren Lucinde geheiratet; davon stamme sie ab; das Evangelium sei falsch; es sei unter der Würde eines Gottes, sich erzeugen und kreuzigen zu lassen. Ferner sei sie eine Enkelin Napoleons, der ihre Großmutter im Dome zu Speyer heiratete; er wurde überall von Christus begleitet. Der Thronfolger stammt von einer Bauerndirne, seine Frau von einem Bischof, der 100 000 Kinder hatte. Ein Kranker entwickelte eine freierfundene, umfangreiche Darstellung geschichtlicher Zusammenhänge, indem er alle Königsfamilien für unecht, alle Angaben der Geschichte für gefälscht erklärte; er habe viele Forschungen gemacht, manches amerikanischen Zeitungen entnommen und besitze ein ausgezeichnetes Denkvermögen. Danach stammte der Kranke vom Herzog von Reichsstadt, der ein Frauenzimmer und die Tochter des echten Napoleon und der Tochter des echten Friedrichs II. war; ersterer war Apotheker in Bayreuth, wurde 130 Jahre alt; letzterer war Zwitter und wurde abgesetzt. Auch Wilhelm I. war Zwitter, wurde durch einen Schuhmachermeister ersetzt; Kaiser Friedrich hieß eigentlich Friedrich Geier, war aus Nürnberg. Ludwig II. bestand aus drei Personen; die erste war Sodomit, Lustmörder und später Pfarrer im Allgäu, die zweite Tagelöhnerssohn, Bruder der Clara Ziegler, lebt noch in ärmlichen Verhältnissen; die dritte ist Zwitter und wurde Schauspieler. Die Habsburger sind eine Bäckerfamilie aus Erlangen; die Hohenzollern stammen aus ungarisch-jüdischen Kreisen, der russische Kaiser aus der Jesuitenfamilie der Medicäer in Bayreuth. Der Kranke erklärte sich selbst für den letzten Sproß aller dieser und vieler anderer Fürstenfamilien.

Wie schon aus der bisherigen Schilderung hervorgeht, handelt es sich hier überall nicht um zusammenhängende, geistig verarbeitete Vorstellungskreise, sondern um bunte, vielfach wechselnde Augenblickseinfälle, die allerdings zum Teil auch eine Zeitlang

festgehalten, meist jedoch durch immer neue, ebenso vergängliche Schöpfungen abgelöst werden. Ein Kranker bezeichnete sich bei wiederholten Unterredungen als Graf Eberstein, Monarch auf dem preußischen Thron, Herr von den Toten, neuer Gott als preußischer General, Fürst Wilhelm in Uniform, letzter Professor, Soldat, Amerikanerherr, Vormund über die Anstalt, doppelter Amtsphysikus.

Während der geschilderten abenteuerlichen Wahnbildungen können die Kranken völlig besonnen, klar und geordnet in ihrem Benehmen sein, doch verkennen sie oft in wahnhafter Weise ihre Umgebung und die Personen, sind in ihrem Königreiche, in der Büßanstalt, in der Teufelsmordhütte, in der Lustmordhurenräuberhöhle, sehen Bekannte, hochgestellte Personen, Mannweiber, Feinde um sich; der Arzt ist Karl der Große. Manchmal haben die Kranken ein gewisses Gefühl für die Veränderung, die sich mit ihnen vollzogen hat, aber kein klares Verständnis für deren Bedeutung. Ein zumeist äußerst gereizter und gewalttätiger Kranker hatte dazwischen Zeiten, in denen er zugänglich und überschwänglich dankbar war, doch ohne wirkliche Krankheitseinsicht; er meinte dann, er sei „wie aus einem langen Schlafe erwacht", um nach einiger Zeit wieder von den alten Wahnideen beherrscht zu werden.

Die Stimmung ist in der Regel etwas gehoben oder gleichmütig, bisweilen aber auch finster, gespannt und zu Gewalttätigkeiten geneigt. Bei längeren Unterhaltungen geraten die Kranken in eine gewisse Erregung. Ihre Wahnvorstellungen pflegen sie in geläufiger, weitschweifiger Darstellung vorzubringen, oft sehr verworren und abspringend, während sie auf fernliegende Fragen sachliche und klare Auskunft zu geben vermögen. Ihr Wesen ist häufig etwas gespreizt; gelegentlich beobachtet man Grimmassieren. Ihre Ausdrucksweise ist gewöhnlich mit absonderlichen Wendungen, namentlich aber auch mit Wortneubildungen durchsetzt. Ein Kranker sprach vom „Alphadonnerbuche", dem Auszuge aus dem Hofgesetze oder Universitätslexikon, bezeichnete sich als „Cyklesteraksander und Gehirnerfinder"; Aksander sei ein Christushirn, Cyklester ein Bußkörper, Rader jemand, der aus einem spricht, ohne daß man es merkt. Eine Kranke erklärte, Fürsten hätten als Dynastieleute (Gefolge) „Feds", Herzöge „Fesochs", Kaiser und Könige „Fusaltos"; die Erde sei ein „Cultar", ein Magnet, der die Vegetation treibe. Ihre Eltern fuhren ins „Erdall", wurden bloß totgestellt;

ihr Ahnherr war ,,Doreal" beim Kaiser von Island, das wieder aus Rumenien, Ostrumenien, Jeromin und Morasto bestand; der Großvater ging mit Kaisern und Königen ins Erdterail, um Tyram oder Tore zu halten. Eine andere Kranke meinte, sie sei hereingeschleppt worden als Pudelhund und Saugpumpe. Manche Sätze können ganz unverständlich werden. ,,Das ist ein großes Familienwort, das nie enden wird, ohne Krieg und Taten", erklärte eine Kranke; sie habe als Kind die wunderbarsten Sachen erlebt, die Jungfrau 1000 und keine Nacht; ,,das ist schön und zahlbar".

Auch Wortspielereien, unsinnige Reimereien und Witzeleien sind nicht selten. Eine Kranke sagte, sie sei Sokrates, solle ,,so grad' es" tun; ein Kranker knüpfte an: ,,Chamisso — Scham is so", ,,Wahrheit — wahrer Heid", ,,Doktor — Dogg'-Tor"; ein anderer sprach von Leipzig ,,der Stadt der heiligen Messen und der heiligen Religionen, der heiligen Legionen". Ein dritter meinte, Brüche könnten geheilt werden durch Anschaffung des neuen Kalenders und Abschaffung der Bruchrechnung; er wollte aus ,,Klagenfurt" durch Aufhebung der Prostitution ,,Ehrenfurt" machen. Trotz solcher gelegentlicher unsinniger Einschiebsel können sich die Kranken doch meist ganz gut verständlich machen, vor allem dann, wenn es sich nicht um ihre Wahnvorstellungen handelt; sie schreiben bisweilen tadellose Briefe. Eine Probe der eigentümlichen Äußerungen solcher Kranker gibt die folgende Nachschrift:

,,Sie werden wohl wissen, was das heißt, ein verewigter Geist zu sein, wenn ich gleich nur ein einfacher Bierbrauer bin und mußte das durchmachen, wenn sich einer aus niedrigem Stande erhebt in den Adelstand. Es war freilich von Geburt an Graf Eberstein, aber erst durch die Kopfkrankheit und das angespannte Gedächtnis ist die Übernahme erfolgt, so daß er Friedrich Wilhelm III. ist, von da ab der vierte, was also den direkten Bezug hat auf Wilhelm I. und Friedrich III. Das heißt der verewigte und das heißt, daß er es jetzt für den Pöbel nicht ist; wir wissen wohl, warum die Bilder und Fahnen nach rechts geschwenkt worden sind, das heißt der rechte wird kommen . . ich weiß, daß ich verrückt bin; das heißt, daß ich durch die Kopfkrankheit zu leiden habe und durch die Gedächtnisstimmen, aber dafür ist es auch möglich, daß ein gemeiner Kerl in hohen Grad kommt; das will viel heißen, wenn man für den Generalstab und die Regierung das Gedächtnis haben soll . . Sie ahnen gar nicht, wie viel in meinem Kopfe vorgeht; ich meine oft, er müßte mir zerspringen. Sie wissen ja gar nicht, was mir nachts passiert; ich verkehre ja nachts in den herrlichsten Marmorsälen; da bin ich meilenweit fort. Letzte Nacht habe ich 20 000 Mark in Händen gehabt; hier gibt es ja nur 20- und 10-Mark-Stücke, aber da gibt es auch 30-Mark-Stücke; das war

nicht im Traum, sondern bei Tag; da stand auf den Stücken: Präsident von Amerika aus Hamburg. Sie wissen ja gar nicht, was ich nachts für Verkehr habe, die aufgehenden Bilder; da bin ich ja in herrlichen, ganz unbekannten Städten, wo ich noch nie war, oder, wie heute nacht, in herrlichen Schiffen auf dem Meere. In diesem Weltballe, wo ich nachts verkehre, ist es ganz anders wie hier; es ist vielleicht ein Erdteil hinter dem Mond. Ich bin weit draußen, wenn ich gleich in der Irrenanstalt bin. Im Dezember, Januar habe ich da Kirschen gegessen, wo es doch hier in der Winterszeit gar keine gibt . . Schon $18^1/_2$ Monate bin ich Wilhelm I.; durch die Länge der Zeit habe ich aber den doppelten Kronenorden erreicht; damals war ich schon so wie der mächtigste König der Erden. Hätte man Jesus Christus laufen lassen und nicht unschuldig gekreuzigt, so wär's ihm vielleicht wie mir gegangen, durch die Kopfkrankheit hindurch seinem Vater gleich geworden" . .

Einerseits tritt hier in der Lebhaftigkeit der Schilderungen die geistige Regsamkeit des Kranken hervor, andererseits das gelegentliche Entgleisen in ganz unverständliche Wendungen und Gedankengänge. Ferner kommen die fabelhaften Größenideen zum Ausdrucke mit nächtlichen, wohl auf Erinnerungsfälschungen deutenden, wunderbaren Erlebnissen, endlich das durchschimmernde, in absonderliche Beziehungen zu den Größenideen gebrachte Krankheitsgefühl.

Der Verlauf der hier geschilderten Krankheitsform ist ein fortschreitender. Im Laufe der Jahre pflegen die Äußerungen der Kranken nach und nach verworrener und zusammenhangsloser zu werden. Vielfach nehmen die Wortneubildungen und verschrobenen Wendungen sehr stark überhand; auch das Benehmen wird öfters absonderlich. Das gemütliche Verhalten wird stumpfer, mit rasch verpuffenden Heftigkeitsausbrüchen und vorübergehenden Erregungszuständen. Manche Kranke bleiben dauernd arbeitsfähig; andere beschränken sich auf langatmige Reden und das Verfassen umfangreicher, kaum verständlicher Schriftstücke. Die Schnelligkeit, mit der sich diese Verblödung herausbildet, scheint sehr verschieden zu sein. Manchmal ist sie schon nach 4—5 Jahren deutlich; ich kenne jedoch auch Fälle, in denen nach einem und selbst nach mehreren Jahrzehnten trotz der abenteuerlichsten Wahnbildungen von einer eigentlichen Verworrenheit und jedenfalls von einem höheren Grade geistiger Schwäche gar keine Rede sein konnte.

Unter meinen Kranken überwog das männliche Geschlecht mit 60—70%; nahezu die Hälfte der Kranken stand im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, je ein Viertel im Jahrzehnt darunter und darüber. In einem Falle stellte sich mit 21 Jahren ein allmählich wieder

schwindender Depressionszustand ein, dem erst in den vierziger Jahren die Entwicklung der wahnbildenden Erkrankung folgte. Einige meiner Kranken wurden als begabt, lebhaft, aber phantastisch, andere als leichtsinnig, trotzig, eigensinnig geschildert. Mehrere hatten eine Verbrecherlaufbahn hinter sich und erkrankten im Gefängnisse.

Auch bei dieser Form muß es zweifelhaft bleiben, ob sie einem selbständigen Krankheitsvorgange entspricht. Es läßt sich nicht leugnen, daß viele Ähnlichkeiten mit den paranoiden Formen der Dementia praecox bestehen, namentlich mit den in faselige Verblödung ausgehenden Fällen; auch das mehrfach beobachtete Erkranken in der Gefangenschaft würde dafür heranzuziehen sein. Dennoch ist das klinische Bild ein so eigenartiges, daß sich seine getrennte Beschreibung vorläufig rechtfertigen dürfte, auch wenn sich späterhin herausstellen sollte, daß fließende Übergänge zu den genannten Formen bestehen. Bemerkenswert ist auf alle Fälle, daß hier gegenüber den so ungemein schweren Verstandesstörungen die Schädigung des Willens durch den Krankheitsvorgang, wenn wir von einer gewissen Manieriertheit und den Sprachstörungen absehen, ganz im Hintergrunde steht. Im Zusammenhange damit ist zu betonen, daß die geistige Regsamkeit der Kranken in der Regel auffallend gut erhalten bleibt. Sie können in ihren Reden ungeheuerlich verworren erscheinen, dabei aber lebhaft und zugänglich sein und, wegen des Fehlens von Willensstörungen, völlig geordnet handeln. In dieser Beziehung erinnern sie an die früher geschilderten Fälle von Sprachverwirrtheit, von denen sie sich jedoch eben durch die hier so überaus üppigen Wahnbildungen unterscheiden. Es wäre denkbar, daß zwischen diesen beiden Formen oder doch zwischen Teilen derselben eine nähere Beziehung bestände, da wir heute noch nicht zu beurteilen vermögen, ob die hier beobachtete eigentümliche Wahnbildung als ein wesentliches Krankheitszeichen betrachtet werden darf oder nicht. Natürlich muß man auch an die Möglichkeit denken, daß die unter diesem Gesichtspunkte zusammengefaßten Fälle vielleicht unter sich gar nicht gleichartig sind. —

Die Behandlung der in diesem Abschnitte noch besprochenen Krankheitsformen hat wesentlich nur die rechtzeitige Versorgung der fast immer anstaltsbedürftigen Kranken und ferner die möglichste Erhaltung ihrer psychischen Persönlichkeit durch geeignete Beschäftigung ins Auge zu fassen.

X. Das epileptische Irresein.

Die Epilepsie[1]) verdankt ihren Namen den ihr eigentümlichen, in mehr oder weniger regelmäßiger Wiederholung auftretenden Anfällen von Bewußtlosigkeit mit Krämpfen, die den Kranken plötzlich ergreifen (ἐπιλαμβάνω) und überwältigen. Die klinische Erfahrung hat jedoch gelehrt, daß die zunächst am stärksten in die Augen fallende und außerordentlich eindrucksvolle Krankheitserscheinung des epileptischen Anfalls ganz ungeeignet ist, das Leiden zu kennzeichnen. Vor allem ist zu betonen, daß ähnliche Anfälle bei einer großen Zahl von Leiden beobachtet werden, die sowohl unter sich verschieden sind, als auch mit dem der Epilepsie zugrunde liegenden Krankheitsvorgange durchaus nichts zu tun haben. Dahin gehören einmal allerlei gröbere Hirnerkrankungen, Verletzungen, Geschwülste, multiple und lobäre Sklerose, tuberöse Sklerose, amaurotische Idiotie, sodann manche Selbstvergiftungen, das Myxödem, die Urämie und Eklampsie, ferner Bleisiechtum und Alkoholismus, Infektionen, Encephalitisformen, endlich die Paralyse, die Lues, die Dementia praecox, die Alzheimersche Krankheit, die Arteriosklerose. Der epileptische Anfall ist demnach, weit davon

[1]) Féré, Die Epilepsie, Deutsch v. Ebers. 1896; Marinesco et Sérieux, essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie. 1895; Roncoroni, trattato clinico dell'epilessia con speciale riguardo alle psichosi epilettiche. 1895; J. Voisin, l'épilepsie. 1897; Binswanger, Die Epilepsie. 1899; Maurice de Fleury, recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. 1900; Gélineau, traité des épilepsies. 1901; Kovalevsky, épilepsie, traitement, assistance et médicine légale. 1901; Pini, l'epilessia, eziologia, patogenesi, cura. 1902; Gowers, Epilepsie, 2. Aufl., Deutsch v. Weiss. 1902; Jolly, Epilepsie im Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe; Bratz, Monatsschrift f. Psychiatrie, IX, 43; Turner, epilepsy, a study of the idiopathic disease, 1907; Finkh, Archiv f. Psychiatrie, XXXIX, 820; Liepmann, Epileptische Geistesstörungen, Deutsche Klinik, 541; Sarbo, Der heutige Stand der Pathologie und Therapie der Epilepsie. 1905; Bökelmann, Epilepsie und Epilepsiebehandlung. 1907; Alzheimer-Vogt, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LXIV, 418; Bouché, l'epilepsie essentielle. 1909; Gruhle, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. II, 1 (Literatur); Redlich und Binswanger, Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. 1913. Seit 1909 erscheint in Holland eine internationale Zeitschrift „Epilepsia".

entfernt, das Zeichen eines bestimmten Krankheitsvorganges zu sein, nur der allgemeine Ausdruck einer Hirnschädigung, die durch die allerverschiedenartigsten Ursachen herbeigeführt werden kann, und der daher auch die mannigfaltigsten krankhaften Veränderungen zugrunde liegen können.

Dennoch kann es keinem Zweifel unterliegen, daß in dem Krankheitsbegriffe der Epilepsie eine umfangreiche Gruppe von Beobachtungen steckt, die von allen den genannten Erkrankungen ihrem Wesen nach verschieden ist und nach Ursachen, Erscheinungen, Verlauf und wohl auch Leichenbefund eine Einheit bildet, wenn uns auch ihre genaue Umgrenzung heute noch nicht in befriedigender Weise möglich ist. Diesen Kern von Beobachtungen pflegt man wohl als „genuine" Epilepsie den „symptomatischen" Formen gegenüberzustellen, die wir schon heute als den Ausdruck bestimmter, uns in ihrer Eigenart bekannter, krankhafter Vorgänge aufzufassen berechtigt sind. Man hat daher davon gesprochen, daß die genuine Epilepsie nur eine negative Umgrenzung besitze, insofern sie diejenigen Fälle von „Krampfkrankheit" umfaßt, die wir noch nicht in anderem Sinne zu deuten vermögen. Wir werden indessen sehen, daß diesem Reste doch auch eine Anzahl von Kennzeichen eigentümlich sind, die ihm ein ganz bestimmtes Gepräge geben und oft genug den einzelnen Fall ohne weiteres als solchen zu erkennen gestatten, ohne daß wir erst alle die übrigen Möglichkeiten auszuschließen hätten. Gerade dabei aber zeigt es sich, daß der epileptische Anfall zwar eine äußerst wichtige, aber weder die einzige noch auch eine unerläßliche Begleiterscheinung der Epilepsie bildet. Es gibt ohne Zweifel Fälle von genuiner Epilepsie, bei denen die eigentlichen Anfälle hinter den übrigen Krankheitserscheinungen ganz zurücktreten oder sogar dauernd vollständig fehlen.

Natürlich entsteht hier die Frage, auf welche Gründe sich denn die Einordnung der angedeuteten Beobachtungen in das Gebiet der genuinen Epilepsie stützen kann. Wir begegnen hier der sich in unserer Wissenschaft häufig wiederholenden Erfahrung, daß nicht eine einzelne Störung für den Krankheitsvorgang kennzeichnend ist, sondern die Verbindung einer ganzen Reihe von Einzelzügen, die in wechselnder Auswahl und Ausbildung die klinischen Fälle zusammensetzen. In denjenigen Beobachtungen, die wir auf Grund ihrer sonstigen Begleiterscheinungen nicht der symptomatischen Epi-

lepsie zurechnen können, finden sich neben den epileptischen Anfällen überaus häufig eine Menge von anderen Krankheitszeichen, die wir eben deshalb mit als Ausdruck der genuinen Epilepsie betrachten. Wir lernen auf diese Weise einen ganzen Kreis von Erscheinungsformen kennen, in denen der epileptische Krankheitsvorgang sich äußern kann. Zum Teil zeigen sie noch eine gewisse Verwandtschaft mit den Krampfanfällen; zum Teil handelt es sich um rein psychische Störungen, die aber auch in Form von „Anfällen", d. h. in kurzen, mehr oder weniger scharf umschriebenen Zeitabschnitten, auftreten. Dieses Verhalten führte zu der Auffassung, daß alle diese verschiedenartigen, anfallsweise verlaufenden Störungen gewissermaßen Seitenstücke des Krampfanfalles darstellen und für ihn eintreten können. Hoffmann scheint dafür 1862 zuerst den Ausdruck „Äquivalent" gebraucht zu haben, der dann namentlich von Samt seine besondere klinische Bedeutung erhalten hat. Dieser wies vor allem an zahlreichen Beobachtungen nach, daß ganz dieselben psychischen Störungen, die man häufig in unmittelbarer Verbindung mit den Krampfanfällen zur Ausbildung kommen sieht, zu anderen Zeiten oder bei anderen Kranken auch als ganz selbständige Anfälle, gewissermaßen an Stelle eines Krampfanfalles, beobachtet werden.

Durch diese Betrachtungsweise wurde der Kreis der epileptischen Krankheitszeichen außerordentlich erweitert. Nicht mehr der Krampfanfall allein, dessen klinische Vieldeutigkeit überdies oben klargelegt wurde, erlaubte den Schluß auf das Bestehen einer Epilepsie, sondern ebenso auch die Beobachtung irgendeines seiner verschiedenartigen Äquivalente. Allerdings hat sich gezeigt, daß die Beweiskraft dieser Äquivalente ebensowenig oder noch weniger bündig ist, als diejenige des Krampfanfalles. Dennoch aber gibt es Fälle genug, in denen man aus ihnen auch dann das Bestehen einer Epilepsie erschließen kann, wenn Krampfanfälle fehlen oder doch nicht nachzuweisen sind. Wir kommen somit zu dem Ergebnisse, daß die Epilepsie, oder nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche die genuine Epilepsie, durch die aus inneren Gründen erfolgende, anfallsweise Wiederkehr von Krämpfen mit Bewußtlosigkeit oder solchen Störungen gekennzeichnet ist, die erfahrungsgemäß häufig in Verbindung oder im Wechsel mit ihnen beobachtet werden. Wir werden späterhin sehen,

daß sich mindestens in einer sehr großen Zahl von Fällen auch in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen Veränderungen nachweisen lassen, die bis zu einem gewissen Grade der Epilepsie eigentümlich sind und unter Umständen für sich allein schon die Erkennung der Krankheit ermöglichen.

Die Darstellung des klinischen Krankheitsbildes wird am zweckmäßigsten von derjenigen Störung ausgehen, die dem Leiden den Namen gegeben hat, vom epileptischen Krampfanfalle[1]). Sein Herannahen kündigt sich in manchen Fällen schon einige Stunden oder selbst Tage durch allerlei Vorboten an, Kopfschmerzen, verdrießliche, gereizte Stimmung, allgemeines Unbehagen, Mattigkeit, Herzklopfen, Beklemmungen, Angst, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Hitze- und Kältegefühl, Mißempfindungen, Muskelzuckungen, geschlechtliche Erregung, schlechten Schlaf, unruhige Träume. Einer meiner Kranken klagte $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vor dem Anfalle über das Gefühl des „Einschneidens der Brust"; ein anderer „merkte, daß etwas nicht recht ist"; ein dritter war bleich vor Wut und zitterte am ganzen Körper. Da die Erscheinungen meist in ganz gleicher Weise wiederkehren, ermöglichen sie dem Kranken, das Bevorstehen eines Anfalles zu erkennen, der aber unter Umständen dennoch ausbleiben kann. Binswanger gibt an, daß solche Vorboten besonders vor sehr schweren oder gehäuften Anfällen beobachtet werden; Finkh fand sie in 25% seiner Fälle.

Weit häufiger und mannigfaltiger sind die dem Anfalle unmittelbar vorausgehenden und ihn einleitenden Krankheitszeichen, die freilich ohne scharfe Grenze in die geschilderten Vorboten übergehen. Binswanger konnte sie bei 31,3%, Allen Starr bei 38%, Gowers bei 57%, Finkh bei 87,8% seiner Kranken feststellen, Zahlen, deren Auseinanderweichen wohl hauptsächlich durch die Schwierigkeit bedingt wird, von den Kranken über die kurz vor dem Eintritte der Bewußtlosigkeit sich abspielenden Vorgänge zuverlässige Auskunft zu erhalten. Man bezeichnet sie mit dem gemeinsamen Namen der „Aura", weil sie bei manchen Kranken in der Form eines Kältegefühls, des „Angeblasenwerdens", auftreten. Auch die Aura pflegt sich bei demselben Kranken immer in der gleichen Form zu wiederholen, kann aber sonst die verschiedensten Gestalten annehmen, diejenige von Sinnesempfindungen, Gemein-

[1]) Marchand, Revue de psychiatrie XIV, 133, 1910.

gefühlen, Schmerzen, psychischen Vorgängen, Gemütsbewegungen, Krampf- und Lähmungserscheinungen, vasomotorischen Störungen; nicht selten sind auch Verbindungen mehrerer dieser Formen.

Die sensorische Aura spielt sich besonders häufig auf dem Gebiete des Gesichtssinnes ab. Es stellen sich Lichterscheinungen ein, Feuer und Rauch, Farben und Funken, Flimmern, schwarze Fäden und Kugeln vor den Augen, Sehen von Gestalten, Blumen, Bildern, Verlust der Farbenwahrnehmung, Vergrößerung oder Verkleinerung der Gesichtsbilder. In den Ohren ertönen Sausen, Klingen und Brodeln, „Sturmläuten", Singen bestimmter Worte; ein von Vallet und Marmier beobachteter Kranker hörte vor dem Anfalle eine Stimme singen: „Ach meine Damen; hier ist guter Käse", sang auch wohl mit, sah dann eine Ziegenherde, aus der ein Tier zu entweichen suchte, und verlor damit das Bewußtsein. Seltener sind eigentümliche Gerüche, nach „Essen", nach kaltem Tabak, Todesgeruch, ferner Tintengeschmack. Weiterhin kommen stechende, kribbelnde Empfindungen in den verschiedensten Körperteilen zur Beobachtung, Schmerzen im Kopf, Brennen in den Augen, Drücken im Halse, unangenehme Empfindungen in den Gliedern, reißendes Gefühl im Rachen, ferner Vertaubung der Hand, Einschlafen der Finger; ein Kranker hatte das Gefühl, als säßen ihm Blutegel im Gesichte.

Eine große Rolle spielen allgemeine Mißempfindungen, das Gefühl der Hinfälligkeit, der Übelkeit, des „Aufbrausens im Körper", des „Untersinkens", Schwindel, eigentümliche Empfindungen im Kopfe, Unruhe; ein Kranker fühlte sich „öde im Körper". Vielfach werden die Mißempfindungen in die Gegend des Magens und Herzens verlegt; die Kranken klagen über Drücken, Leere, Zusammenziehen im Magen, Herumkrabbeln im Bauche, Druck auf der Brust, Beklemmung, Atemnot, ein aufsteigendes Gefühl im Brustkorbe. Gerade dieses „Aufsteigen", an das sich der Krampfanfall anschließt, sobald es bis zu einem bestimmten Punkte gelangt ist, wird sehr oft geschildert; etwas Warmes steigt vom Magen in die Kehle, die Hitze von der Brust in den Kopf, die Angst vom Magen in die Höhe, ein Kitzel von der linken Seite zum Kopfe. Anscheinend handelt es sich dabei um vasomotorische Erscheinungen, die auch sonst häufig sind und sich in Herzklopfen, Blutandrang, Hitze im Kopfe, Rot- oder Blaßwerden, Schweißausbruch, der Empfindung von Nässe oder Kälte kundgeben.

Auf psychischem Gebiete stehen vor allem Angstgefühle im Vordergrund, meist in der Form der Präkordialangst, die „Gottesfurcht", „Todesangst", das „Herzbangen", vielfach zum Kopfe aufsteigend. Weiterhin werden Zustände von Verwirrung, „Gedankenvergehen", Auftauchen ganz bestimmter Vorstellungen oder Erinnerungen, Zweifel am Dasein Gottes, identifizierende Erinnerungsfälschungen beobachtet, bisweilen auch Erschwerungen des Wortverständnisses und der Wortfindung. Endlich aber machen sich vielfach schon vor dem Eintritte der Bewußtlosigkeit einzelne Krampf- oder Lähmungserscheinungen geltend, Einknicken, Einziehen der Hände und Füße, Steifwerden, rasch sich ausbreitende Zuckungen in bestimmten Muskelgebieten, Versagen der Stimme. Dazu gesellen sich dann bisweilen unwillkürliche Antriebe und Handlungen, Greifen, Aufspringen, Laufen, Drehbewegungen („Epilepsia procursiva, rotatoria"), Ausstoßen bestimmter Worte, eintöniger Gesang („Aura canora"). Ein Kranker pflegte zu rufen: „Jesus Barmherzigkeit", eine Kranke: „Adolf, ich werde gesund!"

Über die Häufigkeit dieser einzelnen Formen teilt Finkh mit, daß die psychische, ferner die viszerale Aura und der Schwindel in erster Linie stehen; seltener sind die motorische und vasomotorische wie die visuelle Aura, während Gehörswahrnehmungen, Geruchs- und Geschmacksempfindungen nur in vereinzelten Fällen beobachtet werden. In manchen Fällen, namentlich bei der „motorischen" Aura, sind die Erscheinungen auf eine Seite beschränkt, Zuckungen in einem Arm, Prickeln oder Vertauben einer Hand. Gowers fand halbseitige Aura in 8—9% der Fälle. Recht häufig, nach Finkhs Zusammenstellung in nahezu der Hälfte der Fälle, verbinden sich verschiedene Formen der Aura miteinander, wohl namentlich dann, wenn sich der Anfall langsam entwickelt und somit noch eine Reihe von Störungen vor Eintritt der Bewußtlosigkeit deutlich wird.

Die Dauer der Aura ist regelmäßig eine ganz kurze und erstreckt sich nur über Sekunden, höchstens Minuten. Häufig vermögen sich jedoch die Kranken in dieser Zeit noch einigermaßen vor dem herannahenden Anfalle zu schützen, ihre Umgebung aufmerksam zu machen, sich hinzulegen oder unter Umständen sogar durch besondere, der Erfahrung entnommene Maßregeln den Ausbruch des Anfalles zu verhindern, durch Verschlucken von Salz, bestimmte

Bewegungen, Hin- und Hergehen, Aufsetzen oder Hinlegen, starke Anspannung der Aufmerksamkeit, Umschnüren des betroffenen Gliedes bei einseitiger sensibler, gewaltsame Streckung bei motorischer Aura. Ricklin erwähnt, daß er in einem Falle durch lautes Anrufen den Ausbruch des Anfalles abschneiden konnte. Eine meiner Kranken vermochte sich öfters dadurch zu helfen, daß sie laut ausrief: „Gelobt sei Jesus Christus".

Mit dem Anfalle selbst, der, abgesehen von den Auraerscheinungen, blitzartig einzusetzen pflegt, erlischt das Bewußtsein sofort. Die Auffassung äußerer Eindrücke wie die Erzeugung von Vorstellungen sind vollständig aufgehoben, und an Stelle der Willenshandlungen treten unwillkürliche Muskelzusammenziehungen. Zunächst tritt eine plötzliche Erschlaffung der Körpermuskeln ein; der Kranke stürzt rücksichtslos zusammen, unter Umständen in das brennende Feuer oder in die Jauchegrube. Manche Kranke ersticken dadurch, daß sie mit dem Gesichte auf die Kissen ihres Bettes fallen. Einer meiner Kranken ertrank vor den Augen des Wärters in der gefüllten Badewanne, in die er beim Trinken aus dem Wasserhahne kopfüber stürzte, ohne daß es möglich gewesen wäre, den angekleideten, schweren, starren Körper schnell genug wieder herauszuholen. Ein anderer fiel aus dem Fenster; ein dritter stürzte mit der brennenden Lampe zu Boden. Der Sturz erfolgt nach Fischers Zusammenstellung in 50% der Fälle nach vorn, in 30% nach hinten, in 20% nach einer Seite.

Den zweiten, sich unmittelbar anschließenden Abschnitt des Anfalles bildet eine ebenfalls plötzlich einsetzende allgemeine tonische Starre der gesamten Muskulatur. Ihm gehört schon der das Hinstürzen in etwa der Hälfte der Fälle begleitende, gellende, durchdringende Schrei an, der wahrscheinlich durch das plötzliche Hindurchstoßen der Atemluft aus dem krampfartig zusammengepreßten Brustkorbe durch die ebenfalls krampfhaft geschlossenen Stimmbänder erzeugt wird. Besta hält allerdings den Schrei für den Ausdruck einer Rindenreizung, da er ihn bei halbseitiger Epilepsie nur dann beobachtete, wenn die rechte Körperseite und damit die linke Hirnhälfte als Sitz der sprachlichen Ausdrucksbewegungen betroffen war. Der Kranke ist nunmehr am ganzen Körper völlig steif, liegt mit zurückgebogenem oder seitwärts gedrehtem Kopfe, weit geöffneten, parallel gerichteten oder

in eine Ecke gedrehten Augen, zusammengepreßten Kiefern, einwärts gerollten Armen, geballten Fäusten und eingeschlagenen Daumen bei stillstehender Atmung da; zugleich entwickelt sich eine rasch zunehmende Zyanose. Pulszahl, Blutdruck und Druck in der Hirnrückenmarkshöhle steigen erheblich an.

Die Dauer dieses Anfallsabschnittes pflegt regelmäßig nur 20 bis 30 Sekunden zu betragen. Dann löst sich die starre Spannung, und es beginnen nun, zuerst in den Gliedern, Zuckungen, anfangs schwach und regellos, dann rasch schneller, heftiger und gleichmäßiger werdend. In der Hauptsache sind es ruckartige, rhythmische, einfache Beuge- und Streckbewegungen, doch mischen sich vielfach auch verwickeltere Bewegungsformen ein, Tret-, Stoß-, Strampel-, Schnell-, Wälz-, Schüttelbewegungen, „Herumarbeiten". Der Kopf wird zuckend zur Seite oder nach hinten gezogen, so daß er hart auf der Unterlage anschlägt, der ganze Körper ruckweise in die Höhe geschleudert. Alle diese Krampfbewegungen erfolgen mit größter Heftigkeit und Rücksichtslosigkeit, so daß die Kranken sich fast regelmäßig Hautabschürfungen und Quetschungen, häufig aber auch ernste Verletzungen zuziehen, Armbrüche, Muskelzerreißungen, Rippenbrüche, Kopfwunden, Bruch des Nasenbeins, Ausschlagen von Zähnen, Verbrennungen, Schlüsselbeinbrüche, endlich Verrenkungen, die leicht habituell werden. Rengade und Raynaud fanden bei 66% ihrer Epileptiker schwere chirurgische Verletzungen, Fischer[1]) bei 1030 Epileptikern 567mal Bißwunden im Munde, darunter 11 Querbisse der Zunge, und 138 Knochenbrüche. Außerdem finden sich gelegentlich kleinere oder größere punktförmige Blutungen unter der Haut infolge der starken Blutdrucksteigerung, an der Stirn, an den oberen Augenlidern, den Jochfortsätzen, um den Hals herum, hinter den Ohrmuscheln, in den Kniekehlen, an den Unterarmen, in der Unterbauchgegend, namentlich aber unter der Bindehaut des Augapfels.

Auch in der Gesichtsmuskulatur treten heftige Zuckungen auf; die Zunge wird zurückgezogen und vorgeschleudert, wobei sie häufig zwischen die krampfhaft zusammenknirschenden Zähne gerät und schwer verletzt, unter Umständen glatt durchgebissen wird. Die Augäpfel zeigen nystaktische oder rollende Bewegungen, werden oft stark nach einer Seite gedreht. Die Pupillen sind weit und starr, bisweilen

[1]) Fischer, Archiv f. Psychiatrie, XXXVI, 500.

nach anfänglicher Verengerung; auch krampfartige Schwankungen ihrer Weite sind beobachtet worden. Den Augenhintergrund fanden Rodiet und Pansier während des Anfalls und nachher stark hyperämisch, die Venen geschlängelt, überfüllt, bisweilen pulsierend. Der Puls ist stark beschleunigt, ebenso die Atmung, deren Tiefe zugleich erheblich zunimmt; dazwischen können sich kurze Atempausen einschieben. Wohl infolge der unregelmäßigen Krampfbewegungen der Atem-, Zungen- und Kehlkopfmuskulatur wird die Luft stöhnend, keuchend, rasselnd, röchelnd, gurgelnd herausgestoßen; sie vermischt sich mit dem reichlich fließenden Speichel, unter Umständen auch mit dem Blute aus Bißwunden, zu einem blasigen, blutigen Schaum, der sich zwischen den Lippen hervordrängt. Die Reflexe sind erloschen; nicht selten läßt sich das Babinskische Zeichen nachweisen. Häufig erfolgt unwillkürlicher Abgang von Harn, auch wohl von Stuhl, hie und da Samenentleerung; öfters treten Würgbewegungen und Erbrechen auf. Alle Willkürbewegungen haben aufgehört. Das Bewußtsein ist, soweit wir es zu beurteilen vermögen, völlig aufgehoben; die Kranken sind unempfindlich gegen die schwersten Verletzungen, bleiben mit dem Gesichte am glühenden Ofen liegen, zerkauen rücksichtslos ihre Zunge.

Die Krampferscheinungen erstrecken sich in der weitaus größten Zahl der Fälle auf beide Körperseiten ganz oder doch annähernd gleichmäßig. Dennoch lassen sich Andeutungen von halbseitig stärkerer Beteiligung nicht allzu selten auffinden, Fallen auf eine Seite, Verdrehen des Kopfes oder der Augen nach links oder rechts, Verziehen des Mundes in einer Richtung. Ungleich seltener sind ausgeprägtere Halbseitenerscheinungen; ich fand sie bei 515 Kranken nur 16 mal. Meist handelt es sich um den Beginn der Krämpfe auf einer Seite, von der sie dann gewöhnlich bald auch auf die andere hinübergreifen; bisweilen aber spielt sich der ganze Anfall vorzugsweise oder lediglich auf einer Seite ab. Dabei haben wir es jedoch fast ausschließlich mit Fällen zu tun, in denen noch Anhaltspunkte für das Bestehen umschriebener Hirnherde vorliegen, die also nicht dem Gebiete der genuinen Epilepsie angehören.

Nach längstens 1—3 Minuten läßt die Heftigkeit der Krampfbewegungen nach; sie werden langsamer, schwächer, unregel-

mäßiger, umschriebener, von kurzen Pausen unterbrochen, laufen nicht selten in Reihen von kleinen Zitterbewegungen aus. Die Muskeln erschlaffen; Kopf, Rumpf und Glieder sinken in ihre natürliche Lage zurück; der Puls verlangsamt sich; die Atmung, die vorübergehend Cheyne-Stokesschen Rhythmus zeigen kann, wird ruhiger und flacher; der Blutdruck sinkt rasch. Nach einer kurzen Pause tiefster, allgemeiner Erschlaffung kehrt dann auch das Bewußtsein zurück, bisweilen fast plötzlich, meist durch eine Zeit von Unbesinnlichkeit und Benommenheit hindurch. Die Kranken verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht, fassen verwickeltere Bilder nicht auf, wissen nicht recht, wo und in welcher Lage sie sich befinden, verkennen die Personen, geben verkehrte Antworten. Nicht selten beobachtet man ausgeprägte Erschwerung der Wortfindung, in der Regel verknüpft mit Abneigung gegen sprachliche Äußerungen (Oligophasie).

Manche Kranke zeigen eine gewisse Unruhe, wälzen sich herum, zupfen, wühlen, suchen sich zu entkleiden, legen sich ins Bett, machen Gehbewegungen, wie um eine Treppe zu ersteigen, trinken aus dem Nachtgeschirr, stecken allerlei erreichbare Gegenstände in die Tasche. Andere sind gereizt, mürrisch, ablehnend, werden plötzlich gewalttätig. Unzweifelhaft finden dabei öfters lebhafte Sinnestäuschungen statt. Fast immer bestehen heftige Kopfschmerzen, oft auch Übelkeit, Brechreiz, Schweißausbruch, namentlich aber das Gefühl großer Abgeschlagenheit und Müdigkeit, das in der Regel zu einem mehrstündigen, tiefen Schlafe führt. Aus ihm erwachen die Kranken klar, aber ohne jede Erinnerung an die Vorgänge seit dem Beginne des Anfalls.

Eine gewisse, freilich höchst unvollkommene Vorstellung von dem Ablaufe eines epileptischen Anfalles können vielleicht die hier beigefügten Ausschnitte aus einem Kinematogramm geben (Fig. 194, a-e). Auf dem ersten Bilde sieht man den Eintritt der allgemeinen Streckung des Körpers, die sich in der Spreizung der Finger an den leicht gebeugten Händen, der Dorsalflexion der Zehen und der Einwärtsrollung der Füße kundgibt. Noch deutlicher wird die starre Spannung der Muskeln vielleicht auf dem folgenden Bilde; die kleine Kranke geriet hier durch eine krampfhafte Drehung des Körpers in Gefahr, von ihrem Lager herabzufallen, wie es so häufig bei epileptischen Anfällen vorkommt. Das dritte Bild ist dem Abschnitte

der klonischen Zuckungen entnommen. Die Arme mit den zur Faust geballten Fingern vollführten rasche, regelmäßige Beuge- und Streckbewegungen, ebenso, aber weniger ausgiebig, die straff gespannten Beine; der Kopf ist zur Seite und auf die Brust gezogen, der ganze Körper etwas seitlich gedreht. Auf dem vierten Bilde ist die Starre verschwunden; das Kind liegt unbesinnlich, mit geöffneten Augen, den Kopf ein wenig zur Seite geneigt, da und macht mit den Armen einzelne zwecklose Greifbewegungen; auch mit den Beinen wurden noch leichte Beuge- und Streckbewegungen ausgeführt. Das letzte

a



b



c



d



e



Fig. 194 a—e. Ausschnitte aus einem epileptischen Krampfanfalle.

Bild endlich zeigt uns auch diesen Abschnitt des Anfalles beendet; alle Muskeln sind erschlafft, und die Kranke ist in Schlaf verfallen.

Wie namentlich Féré gezeigt hat, bleiben kürzere oder längere Zeit nach den Anfällen vielfach allerlei nervöse Störungen zurück, die nicht selten auf einer Seite stärker entwickelt sind, Gesichtsfeldeinschränkung, Beeinträchtigung des Farbensinnes, der Hautempfindlichkeit, des Geruches, Geschmackes, Herabsetzung der Muskelkraft, leichte Lähmungserscheinungen, Zuckungen in einzelnen Muskeln, Zittern, Steigerung oder Herabsetzung der Reflexe. Die Kniesehnenreflexe sind meist erhöht; unmittelbar nach dem Anfall findet sich häufig auf einer oder auf beiden Seiten Fußklonus und Babinskis Reflex, nach den Angaben von Hempel und Berg in 86% der Fälle. Alle diese Störungen pflegen sich jedoch rasch, binnen wenigen Stunden oder Tagen, wieder zu verlieren; wo sie dauernd fortbestehen, wird man mit der Wahrscheinlichkeit einer umschriebenen Hirnerkrankung rechnen müssen. Das Körpergewicht erfährt öfters eine gewisse Abnahme, wahrscheinlich infolge von stärkerer Wasserausscheidung.

Die Häufigkeit, mit der die epileptischen Anfälle im einzelnen Falle auftreten, ist eine außerordentlich verschiedene. Während bei manchen Kranken nur ganz vereinzelt, etwa alle paar Jahre oder auch nur einmal oder einige Male im Leben, Krampfanfälle beobachtet werden, treten sie bei anderen alle Monate, alle Wochen, bei ganz schwerer Erkrankung sogar alle Tage auf. Sehr gewöhnlich ist dabei die Verteilung in Gruppen; es stellen sich kurz hintereinander mehrere Anfälle ein, auf die dann wieder eine längere Pause folgt. Im allgemeinen besteht die Neigung zu einer allmählichen Verkürzung der Zwischenzeiten. Nicht ohne Einfluß auf die Häufigkeit der Anfälle ist die Tageszeit. Allen Starr[1]) fand, daß bei 45,9% der Kranken die Anfälle bei Tage und bei Nacht, in 34,3% dagegen nur bei Tage und in 19,8% nur bei Nacht auftraten. Féré gibt an, daß $^2/_3$ aller Anfälle in die Nacht fallen; dabei sind wieder die ersten und die letzten Stunden des Schlafes besonders bevorzugt, vielleicht wegen der geringeren Tiefe des Schlafes. Pierce stellte fest, daß unter 150 000 Anfällen die meisten morgens früh gegen 4 Uhr sich einstellten, sodann mittags und abends gegen 8 Uhr. Finkh be-

[1]) Allen Starr, American Journ. of nervous and mental diseases, 1903, 115.

richtet, daß von 2000 in der Tübinger Klinik beobachteten Anfällen über die Hälfte in die Nachtstunden fielen. Bei bettlägerigen Kranken pflegten sie 1—2 Stunden früher zu kommen, als bei arbeitenden; außerdem aber zeigten die Anfälle bei demselben Kranken die Neigung, um die gleiche Zeit wiederzukehren. —

Die einzelnen Teilerscheinungen des epileptischen Anfalles sind bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig. Von den voll entwickelten Krampfanfällen führen die mannigfaltigsten Übergänge zu solchen Formen hinüber, in denen diese oder jene Störungen nur gerade noch angedeutet oder gänzlich verschwunden sind, während dafür andere in den Vordergrund treten können. Auf diese Weise entwickeln sich zwei Hauptreihen von Anfallsformen, deren Gestaltung so verschieden ist, daß ihre Zugehörigkeit zu demselben Krankheitsbilde nur durch die klinische Erfahrung aufgedeckt werden kann. In der einen Reihe bleiben die psychischen Störungen, namentlich die Bewußtlosigkeit, gering oder fehlen ganz, so daß der Anfall sich wesentlich aus körperlichen Krankheitserscheinungen zusammensetzt; in der anderen dagegen gewinnen sie mehr und mehr die Oberhand, während die körperlichen Anfallszeichen, insbesondere die Krämpfe, immer schwächer angedeutet sind und schließlich vollkommen verschwinden. Die leichteren Formen dieser abgeschwächten und abgekürzten Anfälle pflegt man als „petit mal" dem „grand mal", dem ausgebildeten Krampfanfalle, gegenüberzustellen.[1])

Als einen ersten Schritt in dieser Entwicklungsreihe dürfen wir vielleicht schon diejenigen Anfälle bezeichnen, in denen zwischen und neben den reinen Krämpfen auch verwickeltere Bewegungen und Handlungen ausgeführt werden, Umsichschlagen, Greifen, Zerreißen, Versuche, die Kleider zu entfernen, Herumwälzen, Sichherumwerfen und Schreien. Es ist wohl anzunehmen, daß dabei die Bewußtseinstrübung eine weniger tiefe ist. Weiterhin aber können Krampferscheinungen auch bei ganz leichter Benommenheit oder völliger Klarheit auftreten; freilich gewinnen sie dann niemals auch nur im entferntesten die Ausbreitung und Heftigkeit wie im ausgebildeten Anfalle. Die Mannigfaltigkeit derartiger Anfallsformen ist eine außerordentlich große. Zunächst können die Kranken umfallen und Krämpfe in Armen und Beinen haben, ohne das Be-

[1]) Gowers, Das Grenzgebiet der Epilepsie, deutsch von Schweiger, 1908.

wußtsein zu verlieren. Oder aber sie fallen nicht um, werden jedoch starr und fühlen, wie sich ihnen Arm und Bein zusammenkrampft, oder es treten einfach leichte Zuckungen in einzelnen Muskelgebieten ein, z. B. in Arm und Schulter, im Gesichte, Zusammenziehen der Finger, ruckende Bewegungen der Augäpfel, rasches Augenzwinkern. Ein Kranker legte den Kopf zurück, schaute nach rechts und hatte dann leichte Zuckungen in Händen und Füßen; ein anderer wurde plötzlich steif und schob den Unterkiefer hin und her; ein dritter sprang auf, während sich ihm die Finger zur Faust zusammenzogen. Das Bewußtsein kann dabei vorübergehend leicht getrübt, aber auch völlig klar sein.

In anderen Fällen fehlen die Krampferscheinungen ganz, und der Anfall beschränkt sich auf Andeutungen jener Lähmungserscheinungen, wie sie die Einleitung des großen Anfalles bilden. Dem Kranken versagen auf einmal die Knie, so daß er sich setzen muß, oder er fühlt sich schwach und matt, sinkt zusammen, läßt Dinge aus der Hand fallen; die Arme sind plötzlich wie gelähmt. Auch hierzu kann sich eine leichte Bewußtseinstrübung gesellen; eine Kranke, die eine Lampe fallen ließ, meinte: „Ich weiß nicht, wo ich hin muß; ich kenne mich nicht aus.“ Ein anderes Mal, als ihr das eingeholte Fleisch auf der Straße entfallen war, fragte sie unvermittelt: „Soll ich Flöte spielen?“ Anderen Kranken versagt plötzlich die Sprache; sie stottern, versprechen sich, können die Worte nicht finden. So berichtet Audenino über Kranke, die anfallsweise nicht imstande sind, zu sprechen, weil ihnen die Worte und Namen nicht einfallen, obgleich sie alles sehen und hören.

Als allerleichteste Seitenstücke zu den Krämpfen sind endlich wohl die Zitteranfälle der Epileptiker aufzufassen, wie sie Sommer beschrieben hat. Sie bilden nicht nur im Anfalle selbst die letzten, unscheinbaren Ausläufer der gewaltigen Muskelerregung, sondern sie lassen sich auch noch längere Zeit nachher deutlich nachweisen. Die beigegebenen, von Dr. Müller aufgenommenen Kurven, die bei zwei verschiedenen Kranken einige Stunden nach dem Anfalle oben die wagerechte, unten die senkrechte Bewegung des gestreckten Mittelfingers wiedergeben, zeigen ganz ähnliche feine, von Zeit zu Zeit in gröbere Stöße übergehende Zitterbewegungen, wie sie im letzten Abschnitte des Anfalles selbst beobachtet werden. Solche

Zitteranfälle kommen aber auch als selbständige Erscheinungsformen des epileptischen Anfalls vor; bisweilen verzerren sich den Kranken beim Schreiben plötzlich die Buchstaben.

Noch manche andere Begleiterscheinungen des epileptischen Anfalls können gewissermaßen als abgekürztes Äquivalent auftreten. Namentlich die Störungen, die wir als Aura kennen gelernt haben, stellen sich häufig allein ein, ohne daß ein Krampfanfall sich anschließt. Der Kranke spürt plötzlich Ohrensausen, Farbensehen, Flammen, Schwarzwerden vor den Augen, Ferner- und



Fig. 195. Zittern nach epileptischen Anfällen (aus der unteren Kurve wurde ein längeres, gleichmäßig verlaufendes Stück herausgeschnitten).

Näherrücken der Gegenstände, Größerwerden des Kopfes, Schmerzen im Leibe, Stechen in den Schläfen, Vertauben der Glieder, Brechreiz, ein aufsteigendes Gefühl im Kehlkopfe, eine eigentümliche Empfindung im Halse mit Behinderung des Schluckens, krampfhaftes Zusammenziehen im Magen, Heißhunger, Herzklopfen, Beklemmung, Atemnot; er wird blau oder blaß, fängt an, stark zu schwitzen oder zu speicheln. Sehr häufig sind Anfälle von Kopfschmerzen mit Augenflimmern, Übelkeit und leichter Benommen-

heit; auch periodische Augenmuskellähmungen sind als Erscheinungsform der Epilepsie beobachtet worden. Alle diese Störungen können an sich so vieldeutig und unbestimmt sein, daß sie nicht ohne weiteres als Ausdruck der Epilepsie erkennbar sind; erst ihr plötzliches, unvermitteltes Auftreten und Schwinden, ihre ganz einförmige, periodische Wiederkehr und namentlich ihre Verbindung mit anderen epileptischen Krankheitserscheinungen vermag ihre wahre Bedeutung aufzudecken.

Eine weitere Gruppe von abgeschwächten Erscheinungsformen der Epilepsie bilden die sehr häufigen Anfälle mit geringen Krampferscheinungen bei starker Bewußtseinstrübung. Die Kranken fallen um, werden tief bewußtlos, haben aber nur einige unbedeutende Zuckungen, verdrehen die Augen, oder sie werden nur einen Augenblick starr. Fallen auch diese Zeichen fort, so entsteht das Bild einer einfachen, mehr oder weniger tiefen und lange dauernden Ohnmacht. An die Stelle der Bewußtlosigkeit kann aber auch ein Zustand von Unbesinnlichkeit und Verwirrtheit treten, ebenfalls mit oder ohne leichte Krampferscheinungen. Der Kranke fällt plötzlich um, wird steif, ist unklar, spricht einige unverständliche Worte; ein Knabe, der sagen wollte: „Mutter, ich habe Hunger," sagte statt dessen: „Schornsteinfeger". Ein Kranker wurde erregt, näßte auf den Boden, schimpfte, zuckte mit dem Kopfe, verzog Gesicht und Augen, wurde steif und kam nach einer Minute wieder zu sich, ohne von dem Vorgefallenen etwas zu wissen; ein anderer brach in krampfhaftes Lachen aus und machte einige eigentümliche, an Athetose erinnernde Fingerbewegungen, um dann wie aus einem Traume zu erwachen. In anderen Fällen verbindet sich die Bewußtseinstrübung mit Schluck-, Beiß- und Kaubewegungen. Weiterhin können die Krampferscheinungen auch durch einfaches Erstarren der Haltung oder durch immer in gleicher Weise sich wiederholende, unsinnige, triebartige Handlungen ersetzt werden. Der Kranke bückt sich plötzlich, bleibt so stehen, starrt vor sich hin, schreit einige Schimpfwörter; er verzieht den Mund, ballt die Fäuste, blickt ins Leere, bringt einige unverständliche Laute hervor, hält in seiner Beschäftigung inne, starrt wie abwesend vor sich hin, geht auf der Straße, starr zu Boden schauend, gerade aus. Oder er springt plötzlich auf und stößt einen ängstlichen Schrei aus; er läuft fort, geht aus dem Bette, lacht vor sich hin, gibt keine Antwort; er beginnt

sich zu entkleiden, verkriecht sich, greift in der Luft herum, wischt an seinen Kleidern, macht trippelnde Bewegungen und schaut sonderbar um sich. Hierhin gehören auch jene Formen der Epilepsia procursiva und rotatoria, bei denen das Davonstürzen und die Drehbewegung nicht die Einleitung eines großen Krampfanfalles bildet, sondern als selbständiges Äquivalent auftritt, ferner das von De Sanctis und Levi-Bianchini beschriebene eintönige Singen, das von Heveroch erwähnte automatische, mit einigen Sprüngen endigende Pfeifen, das zwangsmäßige Schimpfen. Überall ist in diesen, meist sehr rasch, binnen wenigen Minuten, ablaufenden Zufällen das Bewußtsein derart getrübt, daß die Kranken nachher von den Einzelvorgängen gar nichts wissen, auch wenn sie gemerkt haben, das ihnen etwas Besonderes passiert ist.

Noch geringer sind die psychomotorischen Störungen bei der sehr verbreiteten Anfallsform der „Absenzen", beim „Gedankenvergehen". Es handelt sich hier um einfache, ganz kurz dauernde Bewußtseinstrübungen. Der Kranke bricht plötzlich in seiner Beschäftigung, mitten in der Unterhaltung ab, verharrt regungslos einige Sekunden in seiner Stellung und fährt dann ohne Bewußtsein des Vorgefallenen fort, als ob nichts geschehen wäre. In einem leichten Zucken des Mundes, einer kleinen Schüttelbewegung, Erblassen oder Erröten kann sich immerhin auch hier noch die Beziehung zu den Krampferscheinungen andeuten.

Als leichteste Form der nur unter dem Bilde einer Bewußtseinstrübung verlaufenden epileptischen Erscheinungen haben wir endlich die Schwindelanfälle anzuführen, die nicht nur die großen Krampfanfälle häufig einleiten und alle übrigen Spielarten der Anfälle begleiten können, sondern auch außerordentlich oft selbständig auftreten. Gewöhnlich verknüpft sich der Schwindel mit Rauschen im Kopfe, Schwarzwerden oder Flimmern vor den Augen, Hitzegefühl, Schweißausbruch, Angstzuständen, Beklemmung. Ein Kranker sprach von dem „Wirbel im Kopfe", von Herzstillstand und einem Gefühle, als ob ein Schlaganfall kommen sollte. Bisweilen geht der Schwindel ohne äußeres Zeichen ganz rasch vorüber, oder aber der Kranke schwankt etwas, muß sich anhalten oder hinsetzen, um nicht zu fallen. Endlich kann der Schwindel aber auch so stark werden, daß der Kranke wirklich fällt, ohne doch das Bewußtsein völlig zu verlieren. Ebenfalls in das Gebiet der einfachen Bewußt-

seinstrübungen dürfen wir wohl die ziemlich seltenen „Schlafanfälle" rechnen. Die Kranken werden unvermittelt von einer überwältigenden Müdigkeit befallen, die sie ohne jede Rücksicht auf ihre augenblickliche Lage in einen kürzer oder länger dauernden Schlafzustand versinken läßt.

Die Anfälle von petit mal können sich zwischen die großen Krampfanfälle in unregelmäßiger Weise einschieben, unter Umständen aber auch das ganze Krankheitsbild allein beherrschen. Ihre Häufigkeit ist bisweilen, namentlich bei den ganz leichten Formen, eine ungeheure. Bresler zählte einmal 1000 Anfälle an einem Tage, 270 in der folgenden Nacht, an den nächsten Tagen 800, 800 und 500.

Die zweite, hier besprochene Gruppe von epileptischen Zufällen leitet uns über zu denjenigen Erscheinungsformen des Leidens, die wir in engerem Sinne als „psychische Epilepsie"[1]) zu bezeichnen pflegen. Es handelt sich hier um Zustandsbilder, bei denen mehr oder weniger unabhängig von den Krampferscheinungen ausgeprägte psychische Störungen zur Entwicklung kommen. Ohne weiteres einleuchtend sind die Beziehungen solcher Störungen zur Epilepsie, wenn sie durch einen Krampfanfall eingeleitet oder abgeschlossen werden. Man spricht dann von einem postepileptischen oder präepileptischen Irresein, eine Unterscheidung, die nebensächlich erscheint, zumal sich Krampfanfälle auch mitten in den Verlauf der psychischen Störung einschieben können. Wie die Erfahrung lehrt, können aber weiterhin alle Erscheinungsformen des prä- oder postepileptischen Irreseins auch als selbständige Anfälle ohne Verbindung mit Krämpfen vorkommen, eine Tatsache, die zuerst von Samt genauer festgestellt worden ist. Sie bilden also in ganz ähnlichem Sinne wie die abgekürzten Anfälle Äquivalente, deren Zugehörigkeit zur Epilepsie aus ihrer klinischen Eigenart erschlossen werden kann, seitdem man ihre Wesensgleichheit mit dem prä- und postepileptischen Irresein erkannt hatte.

Die leichteste und zugleich häufigste Form der psychischen Epilepsie bilden die periodischen Verstimmungen[2]). Es handelt sich dabei um kurzdauernde, ohne äußeren Anlaß rasch kommende und wieder verschwindende, sich in ganz gleichmäßiger Weise ziemlich

---

[1]) Ducosté, de l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier, d'un de ses équivalents psychiques: le suicide impulsif conscient. 1899.

[2]) Aschaffenburg, Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. 1906.

regelmäßig wiederholende Stimmungsschwankungen ohne auffallende Bewußtseinstrübung. Sie werden oft genug als Einleitung eines Anfalles, seltener im Anschlusse daran beobachtet, treten aber auch sehr gewöhnlich als selbständige Erscheinungsformen der Epilepsie auf; sie pflegen sich 1—2 mal im Monate, bisweilen auch nur alle 5—6 Monate, in manchen Fällen alle paar Tage einzustellen. Meist ist die Verstimmung morgens beim Aufwachen plötzlich da; seltener entwickelt sie sich im Laufe des Tages. Das Bild der Störung ist in der Regel ein sehr kennzeichnendes. Im Beginn ist öfters eine gewisse geschlechtliche Erregung vorhanden, die sich in Pollutionen, wollüstigen Träumen und Gelüsten kundgibt. Ducosté berichtet über einen Fall, in dem ihm plötzlich auftretende Erektionen mit triebartigem Onanieren die Bedeutung eines epileptischen Äquivalents zu haben schienen. Die Kranken werden unvermittelt mißmutig, finster, mürrisch, abweisend, „schlecht aufgelegt", ziehen sich zurück, grüßen nicht, geben keine Antwort, bleiben von der Arbeit weg, lassen das Essen stehen, oder sie beginnen zu nörgeln, zu schimpfen, ihre Entlassung zu verlangen, sich in stehenden Wendungen über eine längst erlittene Benachteiligung zu beklagen. Dabei sind sie sehr reizbar, streitsüchtig, ärgern sich „über die Fliege an der Wand", werden „ganz wild", schlagen bei dem geringsten Anlasse roh darauf los und zerstören, was ihnen in die Hand fällt. Alles ist ihnen zuwider; die Leute sind gehässig; es sind „kritische Tage"; sie fühlen sich schlecht behandelt, wollen ihre Ruh haben, von niemandem angeredet werden. „Er schaut gefährlich drein", „so gläsern, fuchswild", „wenn es ihn packt, kann man ihn nicht haben", „wenn er seinen Tag hat, kennt er sich nimmer; da ist er grimmig und grantig, früh hauptsächlich", „man kann ihm nichts recht machen", so lauten die Schilderungen der Umgebung. „Da darf mich niemand reizen; wenn man mich in Ruhe läßt, geht's schnell vorüber," sagte ein solcher Kranker. „Das sind Tage, an denen ich mich selbst nicht leiden kann," meinte ein anderer. „Da darf mich keiner — da wird nicht lange gefackelt," „ich bin bisweilen etwas unzufrieden, aber nachher bereu' ich's wieder," „der kritische Moment kommt plötzlich," „da ist es gefehlt; da bin ich zu allem fähig," „an manchen Tagen bin ich falsch," „die Galle läuft über" sind weitere Äußerungen über derartige „böse Tage". Ein Kranker legte sich in solcher Zeit

für einige Stunden ins Bett; ein anderer zog sich in ein Gartenhäuschen zurück, um mit der Besserung wieder zu erscheinen. Besonders wichtig ist die Kenntnis dieser Zustände für das Verständnis mancher Fälle von grober Verletzung der Mannszucht, Gehorsamsverweigerung und sogar tätlichen Angriffen auf Vorgesetzte beim Militär.

In anderen Fällen nehmen die gemütlichen Schwankungen der Epileptiker die Form innerer Beunruhigung und Niedergeschlagenheit an. „So Tage habe ich, daß mir das Leben gerad' verleidet ist,“ sagte ein Kranker; „das dauert verschiedene Zeit, bis ich's wieder vergesse.“ Der Kranke hat so eine Ahnung, als seien die Leute böse auf ihn, sprächen Schlimmes von ihm, als sei jemand von der Verwandtschaft gestorben. Es kommt „wie angeflogen“, ohne irgendwelchen Anlaß, wenn auch der Kranke bisweilen bestimmte Überlegungen oder Erfahrungen dafür verantwortlich macht. „Ich bin betrübt, wenn ich gerade nach Hause denke, und man weiß nicht, was die Zukunft bringt,“ sagte ein Kranker; ein anderer gab an, daß der Zustand jedesmal komme, wenn er so recht schön von seiner verstorbenen Frau geträumt habe; der Gegensatz zu seinem freudlosen Leben beim Erwachen drücke ihn dann so nieder. Dem Kranken wird plötzlich schwer ums Herz, tiefsinnig, mutlos, „heimwehartig“, „so recht von innen heraus betrübt“, „lebensmüd' und lebenssatt“, „ekelhaft, auch wenn es ihm gut geht“; „das Gemüt ist gesunken“. Ihm steigen traurige Gedanken, trübe Ahnungen, Versündigungsideen auf. Er muß an seine Jugend, an seine Eltern denken, an sein verfehltes Leben, daß er nicht arbeiten kann, und daß es den andern viel besser geht. Er fühlt sich allein auf der Welt, „im Lande der Verbannung“, als ein armer, verlassener Teufel, sehnt sich nach dem Reiche Gottes, möchte am liebsten allein sein; „da ruf' ich unsern Herrgott an, daß ich weg wär' von der Welt.“ Es ist alles umsonst; er hat sich am Allerhöchsten vergangen, den Kelch verunreinigt, ist unbußfertig gewesen, wird verdammt, weil er den Eltern nicht gefolgt hat; er ist nicht gesund und wird nicht gesund, ist zu nichts mehr nütze, wird den Verstand verlieren, sterben. Hierhin gehören wohl auch die Fälle, in denen die Kranken von heftiger Angst, plötzlicher Verzweiflung, unfaßbarem Entsetzen, von dem „Gefühle des jüngsten Tages“ erfaßt werden, furchtbare Gedanken denken

müssen, ohne sich doch über deren Inhalt genauere Rechenschaft geben zu können.

Aus diesen Stimmungen heraus entwickelt sich sehr häufig ein starker Lebensüberdruß mit Selbstmordneigung. Der Kranke wäre am liebsten tot; „wenn du jetzt tot wärest, würde es nicht schaden", regt sich's in ihm, oder es treibt ihn: „Nimm ein Messer und schneide dir die Gurgel ab!" Er möchte sich erhängen, ins Wasser gehen und führt auch oft genug seinen Vorsatz aus. Ein Kranker trank die Spiritusflasche und die Petroleumlampe aus; eine Kranke nahm aus Verzweiflung über ihr Dasein Lysol zu sich. Ein anderer verspürte die Neigung, sich zu beißen, zu stechen, zu schneiden, ein dritter, sich selbst oder sein Kind zum Fenster hinauszustürzen.

Das Bewußtsein der Kranken ist im allgemeinen völlig klar, doch fühlen sie oft, daß sie nicht so denken können, „ganz dumm", verwirrt und vergeßlich werden. Sie verrechnen sich leicht, machen die Arbeit verkehrt, geben schwerfällige, verkehrte Antworten, klagen selbst darüber, daß sie „närrisch" werden. Öfters besteht starkes Kopfweh, Schwitzen, Pupillenerweiterung, Zittern, Blässe oder Rötung des Gesichts, Pulsbeschleunigung, Übelkeit, Neigung zu Durchfällen. Gross konnte mit Hilfe von Zeitmessungen in zwei Fällen eine Erschwerung der Auffassung, bei einem dritten eine gewisse Willenshemmung feststellen, die späterhin einer erleichterten Auslösung von Willenshandlungen Platz machte. Auch Römer fand in der Verstimmung Auffassungs- und Merkstörungen, Erschwerung der Assoziationen und gesteigerte psychomotorische Erregbarkeit. Serog[1]) beobachtete in epileptischen Verstimmungen bei Reaktionsversuchen und am Zitterapparat ganz ähnliche Störungen, wie er sie bei den Kranken durch Darreichung von Alkohol erzeugen konnte.

Diese Erfahrungen sind geeignet, Licht auf die Tatsache zu werfen, daß in solchen Verstimmungen der Genuß auch schon verhältnismäßig geringer Alkoholmengen häufig eine äußerst unheilvolle Wirkung ausübt. Vor allem kommt es sehr leicht zur Auslösung komplizierter Rauschzustände, wie wir sie früher kennen gelernt haben. Da die Alkoholwirkung ebenfalls eine Erschwerung der Wahrnehmung und des Denkens wie eine Willenserregung verursacht, verstärkt sie anscheinend gerade die bei den epileptischen Verstimmungen auftretenden Störungen und

[1]) Serog, Sommers Klinik, III, 241.

führt daher zu jener Verbindung von starker Bewußtseinstrübung mit heftiger Erregung, die den komplizierten Rauschzuständen eigentümlich ist. Weiterhin aber kann durch die Alkoholwirkung auch die Entwicklung ausgeprägter Dämmerzustände begünstigt werden.

Besonders verhängnisvoll ist der Umstand, daß die epileptische Verstimmung bisweilen selbst zum Trinken verführt. Wahrscheinlich ist es die lusterzeugende, innere Spannungen lösende Wirkung des Alkohols, die den Kranken dazu veranlaßt, in dem Gefühle der Niedergeschlagenheit, der Beklemmung und Gedrücktheit, des tiefen Überdrußes zum Alkohol zu greifen. Da das Trinken nur ganz vorübergehend Erleichterung gewährt, wird es dann vielfach ohne Maß und Ziel fortgesetzt. „Wenn ich einmal im Trinken bin, höre ich 3—4 Tage nicht auf", sagte ein Kranker; ein anderer erklärte, je mehr Bier er trinke, desto mehr Durst bekomme er; er habe eine so trockene Leber. Auf diese Weise entsteht das eigenartige Krankheitsbild der Dipsomanie[1]), der periodischen Trunksucht.

Wir haben es dabei mit dem anfallsweise auftretenden Drange zu ganz unsinnigem Mißbrauche geistiger Getränke zu tun. Wie sich bei genauerem Befragen herausstellt, beginnt der Anfall regelmäßig mit einem Zustande, der vollständig den oben geschilderten epileptischen Verstimmungen gleicht, mit Unbehagen, Beklemmungsgefühlen, tiefer Traurigkeit, Lebensüberdruß, erhöhter Reizbarkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Appetitmangel, Schlaflosigkeit, bisweilen auch geschlechtlicher Erregung. Smith und Alter fanden dabei vorübergehende Vergrößerung der Herzdämpfung, letzterer eine dem Anfalle schon voraufgehende Steigerung des Blutdrucks. Gleichzeitig bemächtigt sich des Kranken eine lebhafte innere Unruhe und damit die triebartige Begierde, sich durch den Alkoholgenuß Erleichterung zu verschaffen, so daß er alles stehen und liegen läßt und „im hellen Galopp" der Kneipe zueilt. Unter dem Einflusse des Alkohols kommt es dann in einer Reihe von Fällen, wie oben erwähnt, zur Entwicklung eines gewöhnlichen epileptischen Dämmerzustandes, in dem der Kranke schimpft und lärmt, gewalttätig wird, sinnlose Reisen unternimmt. So kannte ich einen Herrn,

[1]) Gaupp, Die Dipsomanie. 1901; Koch, Über Dipsomanie, Diss. 1903; Pappenheim, Zeitschr. für d. ges. Neurol. u. Psych. XI, 333.

der nach einigen Tagen reizbarer Verstimmung regelmäßig ganz plötzlich davonlief, jede ihm erreichbare Menge schwerster alkoholischer Getränke hinunterstürzte und dann in tiefer Bewußtlosigkeit irgendwo aufgefunden wurde, einmal auf dem Eise eines Flusses, wo er die Nacht zugebracht hatte. Ein anderer, sonst sehr nüchterner Kranker, der außer zwei Ohnmachtsanfällen keine Zeichen von Epilepsie dargeboten hatte, geriet unter dem Einflusse des Alkohols, zu dem er in seinen Verstimmungen griff, in stundenlanges, zwangsmäßiges Schimpfen und Singen; dabei machte er nur den Eindruck leichter Angetrunkenheit, vermochte sich aber später seiner Erlebnisse durchaus nicht mehr zu entsinnen. Er wurde mehrfach wegen Majestätsbeleidigung verurteilt, die er in solchen Zuständen begangen hatte. In einem weiteren Falle trat nach dem durch Verstimmungen eingeleiteten Alkoholgenusse tage- und wochenlange leichte Benommenheit auf, in welcher der Kranke viel trank, planlos herumfuhr, bis er schließlich irgendwo ohne Geld und ohne Wertsachen, in verwahrlostem Zustande wieder zu sich kam, völlig im unklaren über das, was inzwischen mit ihm vorgegangen war. Die psychische Veränderung war dabei äußerlich so geringfügig, daß sie von den Personen, mit denen er in Berührung kam, durchaus nicht bemerkt wurde. Einmal stellte sich zu seinem Schrecken nachträglich heraus, daß er, ein wohlhabender Kaufmann, während einer solchen Zeit mit einem Tierbändiger einen für jenen äußerst vorteilhaften Vertrag auf Errichtung einer Menagerie abgeschlossen und sich dadurch um Tausende geschädigt hatte.

Durch derartige Erfahrungen wird wohl auch ein Licht auf jene Fälle geworfen, in denen bei Dipsomanen kennzeichnende epileptische Störungen ausbleiben und der Kranke nur in einen rauschartigen Zustand gerät, in dem er fortfährt, fast ohne Unterbrechung Wein, Bier, Schnaps, selbst Spiritus Tag und Nacht in großen Mengen hinunterzustürzen. Meist kehrt er nicht eher nach Hause zurück, als bis das letzte Geldstück vertrunken ist, ja er verkauft und versetzt die Kleidungsstücke von seinem Leibe, um seine krankhafte Gier zu befriedigen. „Ich muß trinken und will nicht trinken," sagte mir ein solcher Kranker; „es ist von innen heraus ein Trieb," und ein anderer erklärte: „Ich saufe sinnlos, aus innerem Drange, alles durcheinander, Wein, Bier und Schnaps den ganzen Tag, bin nicht mehr Herr über mich selbst." Dabei be-

steht Schlaflosigkeit, vollständiger Appetitmangel und eine deutliche Unruhe und Unstetigkeit. Der Kranke kann nirgends lange aushalten, läuft von einem Wirtshause ins andere, fährt planlos in benachbarten Ortschaften herum; seltener setzt er sich finster und unzugänglich an einen entlegenen Tisch, ohne sich um die Umgebung zu kümmern. Meist sind die Kranken freigebig, säen das Geld mit vollen Händen aus, werden aber sofort gereizt und selbst gewalttätig, sobald man ihrem Trinken Einhalt tun will. Trotz der großen Mengen des genossenen Alkohols kommt es in der Regel doch nicht zu sinnloser Betrunkenheit. Nach einigen Tagen oder Wochen hört das Trinken plötzlich auf; es stellt sich unter starkem Ekelgefühl ein bisweilen von Delirien und Sinnestäuschungen begleiteter Schwächezustand ein, in dem auch die körperlichen Folgen der Unmäßigkeit, Erbrechen, Appetitmangel, Magenkatarrh, Unsicherheit der Bewegungen, Zittern, stark hervortreten. Aus ihm geht der Kranke verhältnismäßig gesund hervor und zeigt oft eine tiefe Reue über das Vorgefallene sowie Abscheu gegen den Alkohol, aber meist nur eine ziemlich unklare Erinnerung.

Trotz aller guten Vorsätze wiederholen sich die Anfälle in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen ohne besonderen äußeren Anlaß in genau gleicher Weise. Die Zwischenzeiten, während derer die Kranken entweder gar keine oder doch nicht übermäßig geistige Getränke zu sich zu nehmen pflegen, betragen einige Wochen oder Monate („Quartalsäufer"), seltener Jahre; sie pflegen sich bei längerem Bestande des Leidens allmählich zu verkürzen. Dennoch kann bei denjenigen Kranken, die während der Zwischenzeiten sehr wenig oder gar nicht trinken, das eigentliche Alkoholsiechtum recht lange ausbleiben; im anderen Falle dagegen bilden sich allmählich mehr und mehr auch die psychischen und körperlichen Störungen heraus, die den Trinker kennzeichnen.

Dies ist das eigentliche Bild der Dipsomanie. Von ihm führt zu der ersterwähnten Gruppe eine ununterbrochene Reihe von Übergängen, durch welche die Verwandtschaft beider zweifellos dargetan wird. Eine weitere Bestätigung für diesen Satz wird durch die Erfahrung geliefert, daß bei den Dipsomanen im engeren Sinne auch unabhängig vom Alkohol die gleichen Verstimmungen auftreten wie bei den sonstigen Epileptikern. Endlich aber finden sich Fälle, bei denen einzelne Anfälle zwar in der Form der Dipsomanie ver-

laufen, während andere Male, vielleicht auch nur ein einziges Mal im Leben, der Rausch unvermutet in einem epileptischen Dämmerzustande endigt.

Eine weitere Folge der geschilderten Verstimmungen ist die eigentümliche Unstetigkeit der Kranken, das plötzliche, unvermittelte Fortlaufen; Aschaffenburg beobachtete es in 18% seiner Fälle. Wenn das „Heimweh" über sie kommt, treibt es sie fort aus ihrer Arbeit, sei es, daß sie nur eine Zeitlang planlos herumlaufen, sei es, daß sie kurzer Hand alles stehen und liegen lassen, sich selbst um ihr Arbeitszeug und ihren rückständigen Lohn nicht mehr kümmern, um davonzugehen und nach einigen Tagen irgendwo anders von neuem anzufangen. Ein Kind stand mitten im Schulunterricht auf, um davonzugehen; ein Kranker verschwand plötzlich aus der Arbeit, reiste ziellos in verschiedenen Städten herum und stellte sich dann der Polizei, nachdem er in einem Gasthause nachts Betten und andere Möbelstücke zerstört hatte, „um eingesperrt zu werden". Sie müsse manchmal von Hause fort, als wenn jemand sie forttreibe, erklärte eine Kranke, und ein Kranker meinte, der häufige Stellenwechsel „hänge mit seiner Natur zusammen". „Mitten in der Arbeit kommt eine Unruhe über mich; ich werde erregt und reizbar, lasse alles stehen, verlasse grundlos die Stellung; ich bekomme eine ganz andere Anschauung; es paßt mir nicht mehr", schilderte ein anderer diese Zustände. Die Folge dieses, sich immer wiederholenden Verhaltens ist es, daß die Kranken nirgends seßhaft werden und dauernd heimatlose Gelegenheitsarbeiter bleiben. Beim Militär kommt es auf diese Weise nicht selten zur Fahnenflucht[1]).

Endlich führt die bisweilen auftretende geschlechtliche Erregung, namentlich unter Mitwirkung des Alkohols, die Kranken in den Verstimmungen leicht zu Vergehen gegen die Sittlichkeit. Die gewöhnlichste Form der Betätigung ist der Exhibitionismus, meist mit gleichzeitiger Masturbation, aber auch unzüchtige Angriffe auf Kinder kommen öfters vor. In zwei Fällen sah ich Kranke, die sonst nur ganz leichte Andeutungen epileptischer Verstimmungen darboten, unter Alkoholeinfluß konträr-sexuelle Handlungen begehen, die ihrem sonstigen Fühlen vollständig fremd waren; hinterher bestand gar keine oder nur traumhafte Erinnerung.

---

[1]) Stier, Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, 2, 1905.

Weit seltener, als die periodische Gereiztheit oder Niedergeschlagenheit, ist das anfallsweise Auftreten expansiver oder ekstatischer Stimmungen. Die Kranken werden erregt, laufen mit glänzenden Augen, gerötetem Kopfe und freudig gehobenem Gesichtsausdrucke herum, springen und jauchzen, begehen allerlei mutwillige Streiche, werfen alles durcheinander, necken die Mitkranken, beten laut und feierlich, äußern auch wohl religiöse Größenideen oder prahlen mit hoher Abkunft und vornehmer Verwandtschaft. Hie und da wird Ideenflucht[2]) beobachtet, ferner große gemütliche Reizbarkeit und Neigung zu Gewalttaten. Manche Kranke werden rasch sehr erregt, geraten in maßloses, einförmiges, pathetisches Schimpfen, reden sich in immer heftigere Wut hinein. Eine noch jugendliche Kranke sah ich in einem derartigen, ungemein heftigen Anfalle plötzlich tot zusammenbrechen, ohne daß die Autopsie eine gröbere Ursache für diesen Ausgang aufgedeckt hätte.

Die Dauer der epileptischen Verstimmungen beträgt in der Regel 1—2 Tage, bisweilen nur einige Stunden. Oft verschwinden sie ganz plötzlich; „auf einmal war dann wieder Schluß", sagte ein Kranker. Bisweilen scheint ihnen eine Art Erleichterung, ein auffallendes Wohlbefinden zu folgen. Durch Alkoholgenuß pflegt ihre Dauer erheblich verlängert zu werden; verhindert man die Dipsomanen durch Abschließung am Trinken, so verlaufen die auch dann auftretenden Verstimmungen in der gleichen kurzen Zeit wie bei anderen Epileptikern. Die Art der Anfälle zeigt in der Regel bei dem gleichen Kranken eine außerordentliche Übereinstimmung. Man bemerkt sofort an einer bestimmten Redensart, einer kleinen Änderung im Benehmen, im Gesichtsausdruck, daß wieder etwas im Gange ist, daß „ein schlechter Wind weht". Die gleichen Klagen kehren wieder, die gleichen Antriebe und Handlungen, um der inneren Erregung einen Ausweg zu schaffen. Freilich gibt es auch unvollkommene Anfälle, in denen die gewöhnlichen Erscheinungen nur teilweise oder nur in ganz schwachen Andeutungen ausgebildet sind oder sehr rasch wieder vorübergehen. Die Zwischenzeiten zwischen den Anfällen sind bisweilen regelmäßige, so daß man den Eintritt der Störung mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit vorhersagen kann. Meist jedoch wechseln die Pausen; zeitweise kann

[2]) Heilbronner, Monatsschr. f. Psychiatrie, XIII, 193.

es zu einer Häufung der Anfälle kommen. Man beobachtet dann eine Verwischung der sonst meist scharfen zeitlichen Abgrenzungen der Zustände, ein unregelmäßiges Schwanken zwischen Weinerlichkeit und freieren Stunden oder eine Wochen und selbst Monate andauernde „Geladenheit", die sich unter gelegentlichen heftigeren Ausbrüchen nur ganz allmählich wieder verliert.

Den Verstimmungen anscheinend nahe verwandt sind die nicht häufigen Fälle, in denen sich anfallsweise schreckhafte Sinnestäuschungen ohne stärkere Bewußtseinstrübung einstellen. Ein Student erzählte mir, daß er seit seinem 13. Jahre neben anderen epileptischen Störungen alle 4—6 Wochen einige Stunden dauernde Zustände gehabt habe, in denen er Stimmen hörte; sie sprachen, was er gelesen oder gedacht hatte. Dabei fühlte er sich unruhig, niedergeschlagen, mußte herumgehen. Finkh berichtet über Kranke, die anfallsweise ganz vorübergehend farbige Spiralen oder Plättchen, blaue Sternchen, allerlei Gestalten, Tiere sahen. Man wird dabei an die Möglichkeit des Alkoholismus denken müssen. Andere Kranke haben plötzlich die Vorstellung, daß sie alles um sich herum schon einmal gerade so erlebt hätten, oder sie müssen sich zwangsmäßig mit bestimmten Gedanken oder Erinnerungsbildern beschäftigen. Manche Kranke geraten in eigentümliche Träumereien, versetzen sich mit großer Lebhaftigkeit in unwirkliche, abenteuerliche Lebenslagen, spinnen sie mit allen Einzelheiten aus, reden und handeln auch unter Umständen in diesem Sinne. Sie bauen Luftschiffe, fühlen sich als Fürsten, haben große Waldungen, verkehren mit dem Kaiser, ziehen nach Jerusalem oder Südwestafrika. Ein Kranker sprach von seinen „süßen Träumen", denen nachher der Katzenjammer folge; ein anderer erzählte von seinen „Einbildungen". Clerambault beobachtete solche „états oniroides" im Anschlusse an Anfälle. Einer meiner Kranken, der einige Male an Ohnmachten gelitten hatte und dipsomanische Zustände darbot, mußte anfallsweise alle möglichen Briefe mit grobem Inhalte schreiben, Eingaben an die Regierungen von Italien, Österreich, Bayern, einen Kanal durch die Alpen betreffend; er war hinterher selbst ganz erstaunt über seine Schriftstücke. Öfters sind diese Zustände von dem Gefühle lebhaften Unbehagens begleitet. Meist gesellt sich auch das Gefühl von Benommenheit und Druck im Kopfe hinzu, Klingen und Läuten in den

Ohren, Erschwerung des Denkens, Arbeitsunfähigkeit und innere Unruhe.

Als eine weitere Ausbildung der epileptischen Verstimmungen können wir diejenigen Zustände betrachten, bei denen sich zu der ängstlich-gereizten Stimmung, oft neben Sinnestäuschungen, ausgeprägte Wahnvorstellungen hinzugesellen. Sehr häufig entwickeln sich diese Störungen aus einer einleitenden Bewußtseinstrübung heraus; sie können sich aber auch bei voller Besonnenheit ausbilden. Die Kranken werden eines Tages mißtrauisch ohne erkennbaren Anlaß, gereizt, drohend und fördern unvermutet eine Menge von Verfolgungsideen zutage, die gewöhnlich mit Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörs, in Verbindung stehen, bisweilen auch noch Erinnerungen an deliriöse Erlebnisse enthalten. Der Kranke hört seinen Namen rufen, wird beschimpft und bedroht, sieht weiße Tauben fliegen, den Teufel als Ziegenbock, fühlt, daß man ihm nachts an den Geschlechtsteilen herumgreift, schmeckt Menschen- und Hundefleisch im Essen. Man hat ihm eine Kugel in den Kopf geschossen, ihn mit Röntgenstrahlen verhaften wollen. Die Leute sind hinter ihm her, haben Mutter und Bruder ermordet, wollen auch ihm jetzt ans Leben, ihn heimlich überfallen, zerstückeln, im Abtritt aufhängen. Einer meiner Kranken erklärte sich gern bereit, sich von den Ärzten ordnungsmäßig hinrichten zu lassen, verwahrte sich aber gegen die vermeintlichen Absichten der anderen Kranken, ihn hinterrücks niederzumachen. Er saß daher, heimlich mit selbstverfertigten, recht gefährlichen Waffen ausgerüstet, die ganze Nacht wachend im Bett, um sein Leben so teuer wie möglich zu verkaufen. Auch Versündigungsideen können sich hinzugesellen. Der Kranke bezeichnet sich als Kind der Wollust und der Sünde, hat sich versündigt in Worten und Werken, sieht Gespenster, weil er lau ist im Gebet, bittet, man möge ihn doch totschlagen oder aufhängen.

Die Dauer dieser Zustände beträgt in der Regel nur einige Tage; dann schwinden sie ebenso rasch, wie sie gekommen sind. Der Kranke ist wieder zugänglich, gutmütig, harmlos, will nichts mehr von den „Verfolgungen" wissen, lacht über seine „Einbildungen". In vereinzelten Fällen jedoch können die Gehörstäuschungen und Wahnbildungen wochen- und selbst monatelang mit geringen Schwankungen fortbestehen, so daß der Zustand äußerlich in hohem

Grade gewissen Formen der Dementia praecox ähneln kann. Allein die Kranken haben bei vollkommener Besonnenheit und Klarheit stets das Bedürfnis, sich über die Richtigkeit ihrer krankhaften Vorstellungen Rechenschaft zu geben; sie erwägen die Einwände, die man ihnen macht, stellen allerlei Proben an, um sich über die Natur der Stimmen Gewißheit zu verschaffen, lassen sich auf Erörterungen darüber ein. Freilich werden sie durch die krankhaften Wahrnehmungen immer wieder überzeugt, auch wenn sie schon wankend geworden waren, nehmen zu allerlei Annahmen ihre Zuflucht, um die Widersprüche zu erklären, bis endlich ziemlich rasch die Täuschungen und mit ihnen die Wahnvorstellungen schwinden.

Wie es scheint, kann jedoch die Berichtigung der in der Krankheit entstandenen Wahnvorstellungen unter Umständen ausbleiben, vielleicht dann, wenn sie durch lebhafte Gefühlsbetonung befestigt werden, und wenn das Urteil schon erheblich geschwächt ist. Namentlich die Überbleibsel aus deliriösen Zuständen haften bisweilen außerordentlich fest und werden gelegentlich auch in späteren Anfällen noch fortgesponnen, doch scheint eine regelrechte Weiterverarbeitung zu einer krankhaft verfälschten Weltanschauung nicht stattzufinden. Buchholz[1]) hat eine Verbindung von Epilepsie und chronischer Paranoia beschrieben. In der Regel dürfte es sich dabei um eine Art Residualwahn handeln, der jeweils in den akuteren Krankheitszuständen entsteht oder fortentwickelt wird.

Die zweite Hauptgruppe der epileptischen Geistesstörungen geht mit einer mehr oder weniger stark ausgesprochenen Trübung des Bewußtseins einher; man bezeichnet sie daher als Dämmerzustände[2]). Sie gehen indessen durch eine Reihe von Zwischenstufen in die bisher geschilderten Zustände über. Die Wahrnehmung einfacher Eindrücke ist in den Dämmerzuständen nach den Untersuchungen von Heilbronner, Polet, Räcke, Köppen und Kutsinski in der Regel gut, doch sind die Kranken nicht imstande, die Einzelheiten zu einer Gesamtauffassung zu verschmelzen, verwickeltere Bilder richtig zu deuten. Die Aufmerksamkeit ist ver-

[1]) Buchholz, Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. 1895.

[2]) Samt, Archiv f. Psychiatrie, V u. VI; Mörchen, Über Dämmerzustände. 1901; Räcke, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. 1903; Maxwell, l'amnesie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie, Thèse. 1903.

hältnismäßig leicht zu erregen, aber sehr wechselnd; es besteht erhöhte Ablenkbarkeit. Die Kranken sind meist über die Zeitverhältnisse, oft auch über ihren Aufenthaltsort im klaren, verkennen aber gewöhnlich ihre Umgebung und ihre Lage; dabei wechseln ihre Angaben häufig. Anscheinend ist der Zustand ihres Bewußtseins großen Schwankungen unterworfen; die Fähigkeit, sich aus ihren Eindrücken ein zutreffendes Bild von den Ereignissen zu entwerfen sowie daran Urteile und Schlüsse zu knüpfen, erscheint stark gestört. Beim Lesen wird der Sinn höchst unvollkommen aufgefaßt und kann nur mit allerlei Ausschmückungen, Zusätzen, Abschweifungen wiedergegeben werden; Fragen werden häufig mißverstanden. Die Einprägung von Lernstoff geschieht in der Regel gut. Viele Einzelheiten haften und können wieder erweckt werden, selbst wenn der Kranke sie nicht selbst ins Gedächtnis zurückzurufen vermag. Auch hier macht sich die Unfähigkeit zur Gewinnung einer richtigen Gesamtauffassung in der mangelhaften Sonderung des Wesentlichen von den Nebendingen geltend. Das Rechnen ist erschwert, ebenso die Bildung rückläufiger Assoziationen. Der Gedankengang ist vielfach verworren, abspringend, dann wieder gehemmt, einförmig, zusammenhanglos. Ein Kranker gab an, er habe den Kopf „ganz voll".

Erhebliche Störungen zeigen die sprachlichen Ausdrucksbewegungen[1]). Die Kranken antworten häufig mit Wiederholung der Frage, bringen beim Lesen und Schreiben verstümmelte und verdrehte Worte vor, kleben an einzelnen Ausdrücken, haben Schwierigkeiten bei der Benennung von Gegenständen, finden die Worte nicht, versprechen sich, reden weitschweifig und inhaltleer, bilden unvollkommene Sätze, verlieren den Faden, zeigen Ideenflucht, Neigung zum Reimen.

Die Stimmung der Kranken ist sehr weitgehendem Wechsel unterworfen. Häufig sind sie niedergeschlagen, ängstlich, verzweifelt, dann wieder mürrisch, abweisend, gereizt. Dazwischen können sich Zustände von übermütiger Ausgelassenheit oder ekstatischer Verzückung einschieben. Ebenso verschiedenartig ist das äußere Benehmen. Viele Kranke sind wortkarg, wenig zugänglich, versunken, selbst stuporös, gelegentlich auch kataleptisch,

---

[1]) Bernstein, Monatsschr. f. Psychiatrie, XVI, 472; Heilbronner, Zentralbl. f. Nervenheilk. 1905, 241; Räcke, Archiv f. Psych., XLI, 1.

andere gespannt, bedrohlich, zu schweren Gewalttaten geneigt, wieder andere in lebhafter ängstlicher oder heiterer Erregung.

Wichtige Aufschlüsse über den Zustand des Bewußtseins während der Dämmerzustände gibt uns das spätere Verhalten der Erinnerung. Recht häufig besteht eine scharf umschriebene Erinnerungslücke; von einem bestimmten Zeitpunkte an vermag der Kranke sich nicht mehr über seine Erlebnisse Rechenschaft zu geben, bis dahin, wo er sich plötzlich in einer ganz anderen Lage wiederfand, ohne zu wissen, wie sie entstanden war. Bisweilen erstreckt sich der Erinnerungsverlust auch rückschreitend auf kürzere oder längere Zeiten vor dem Anfalle, ähnlich wie das nach einfachen Krampfanfällen, Kopfverletzungen, Erhängungsversuchen beobachtet wird. Die Kranken wissen sich dann nicht solcher Erlebnisse zu entsinnen, die ihnen in noch zweifellos völlig gesundem Zustande begegnet sind. Alzheimer hat Fälle mitgeteilt, in denen sich der Ausfall bis auf $1^1/_2$ Jahre erstreckte, so daß die Kranken nichts von ihrem Wohnungswechsel in dieser Zeit, nichts von ihrem jüngstgeborenen Kinde wußten. In der Regel fallen diese Dinge dem Kranken ziemlich plötzlich wieder ein, während die Erinnerung an die Zeit kurz vor dem Anfalle dauernd verloren sein kann. Auch die Erinnerung an die deliriösen Erlebnisse, die zunächst völlig erloschen war, kann nach einigen Tagen oder Wochen wenigstens in dunklen Umrissen wieder auftauchen. Von besonderem Interesse ist es, daß es bisweilen gelingt, durch eindringliches Ausfragen in der Hypnose die Erinnerungen wieder wachzurufen, die dem willkürlichen Besinnen vollständig unzugänglich waren. Ebenso können in einem Dämmerzustande Erinnerungen an frühere ähnliche Zustände auftauchen, die in der Zwischenzeit versunken waren.

Derartige Fälle bilden den Übergang zu jenen Beobachtungen, bei denen die Erinnerung für einzelne Erlebnisse noch erhalten bleibt, während alles übrige verloren gegangen ist. Oft sind es ganz gleichgültige Einzelheiten, wie Siemerling betont hat, namentlich die ersten Eindrücke bei einer Ortsveränderung, die haften, während gerade die Erinnerung an die in höchster Erregung ausgeführten Gewalttaten erloschen zu sein pflegt. Wahrscheinlich steht dieses Verhalten in Beziehung zu den starken Schwankungen der Aufmerksamkeit während des Dämmerzustandes. Gar nicht selten ist übrigens die Erinnerung auch an diese

Ereignisse unmittelbar nachher und selbst bis zum Schwinden des Anfalles noch ziemlich klar, um dann rasch vollständig zu versinken. Alle diese Erfahrungen fordern zu großer Vorsicht in der forensischen Beurteilung derartiger Fälle auf. Scheint doch der Verdacht einer Verstellung außerordentlich nahezuliegen, wenn der Täter sich zwar an gewisse unerhebliche Nebenumstände, nicht aber an eine von ihm um dieselbe Zeit begangene Brandstiftung oder Körperverletzung erinnern will, wenn er ein anfangs zu Protokoll gegebenes Geständnis weiterhin vollständig widerruft, oder wenn er zuerst hartnäckig leugnet, später aber, anscheinend auf eindringlichen Vorhalt hin, dennoch gesteht!

Einen Schlüssel zum Verständnisse dieser, auf den ersten Blick so widerspruchsvollen Erfahrungen besitzen wir zunächst schon in dem Verhalten der gesunden Erinnerung, die auch unter gewöhnlichen Verhältnissen nichts weniger als lückenlos zu sein pflegt. Namentlich nach längerer Zeit sind es oft nur einzelne, ganz wie zufällig herausgeschnittene Bilder, die mit voller Deutlichkeit haften, vor allen gewisse erste Eindrücke. Dagegen vermischen wir, ganz wie das bei Epileptikern beobachtet wird, gern mehrere gleichartige Ereignisse, um die dazwischen liegenden zu vergessen. Auch an Vorgänge, die uns mächtig erregt haben, besitzen wir oft nur eine unklare Erinnerung, besonders dann, wenn wird dabei handelnd eingegriffen haben; es ist uns nachher „wie ein Traum". Bei Epileptikern sind alle diese Unvollkommenheiten der Erinnerung schon nach sehr kurzen Zeiträumen unvergleichlich viel stärker ausgesprochen.

Das Verhalten der Erinnerung in den epileptischen Dämmerzuständen entspricht aber ferner fast vollkommen den Erfahrungen des Schlafes und Traumes. Auch hier haben wir die scharf umschriebene Erinnerungslücke; andererseits können aus dem Traume einzelne Bilder haften, während alles andere versunken bleibt. Oft genug vermögen wir uns die Traumerinnerungen bei oder unmittelbar nach dem Erwachen noch zurückzurufen, während sie späterhin rettungslos unserem Gedächtnisse entschwinden. Oder sie tauchen im Laufe des Tages mit oder ohne äußeren Anstoß wieder auf, nachdem wir uns vergeblich bemüht hatten, uns ihrer zu entsinnen.

Gerade diese weitgehende Übereinstimmung scheint mir neben

vielen anderen Gründen sehr entschieden dafür zu sprechen, daß wir es bei den epileptischen Dämmerzuständen mit einer traumartigen Bewußtseinstrübung zu tun haben. Allerdings bleibt in nicht ganz seltenen Fällen die Erinnerung an die krankhaften Erlebnisse ganz auffallend gut erhalten. Indessen beobachten wir ja dasselbe auch bei Träumen, also bei unzweifelhafter Bewußtseinstrübung. Bonhöffer hat ferner mit Recht darauf hingewiesen, daß die Erinnerungen aus dem Dämmerzustande im Bewußtsein der Kranken dauernd eine ganz eigenartige Stellung einnehmen. Sie spielen, wie unsere Traumerinnerungen, für das wache Denken keine besondere Rolle, werden nicht weiter verarbeitet, gewinnen keine nähere Beziehung zum Persönlichkeitsbewußtsein. Der Kranke, der eine Brandstiftung im Dämmerzustande begangen hat, erzählt davon wie von der Tat eines Dritten; er macht sich keine Gedanken darüber, sucht nicht die Spuren zu verwischen, sein Unrecht wieder gut zu machen, die Wiederholung zu verhüten. Andererseits kommt es allerdings auch vor, daß einzelne delirante Erlebnisse von den Kranken nicht berichtigt, sondern lange Zeit oder dauernd festgehalten werden, eine Erfahrung, die in ähnlicher Weise für die geistige Verwertung von Träumen bei Naturvölkern gilt. So behauptete ein schon längst vollkommen klar gewordener Kranker noch monatelang mit größter Leidenschaftlichkeit, daß ich ihm eine Kugel in den Kopf geschossen habe, bis endlich eines Tages auch dieser letzte Rest seines Deliriums berichtigt wurde.

Als körperliche Begleiterscheinungen der epileptischen Dämmerzustände sind Steigerung der Sehnenreflexe und starke Erweiterung der Pupillen mit Herabsetzung und selbst Fehlen der Reaktion zu nennen; mehrfach sah ich ausgeprägte Dikrotie des Pulses (Erschlaffung der Gefäßwand). Außerdem können sich, namentlich wo Krampfanfälle voraufgegangen sind, noch eine ganze Reihe von anderweitigen nervösen Zeichen bemerkbar machen, Gesichtsfeldeinschränkung, Störung des Farbensinnes, der Hautempfindlichkeit, des Geruches und Geschmackes, Herabsetzung der Muskelkraft, leichte Lähmungserscheinungen, Babinskis Reflex, schwerfällige, verlangsamte, undeutliche Sprache, Schwindel, taumelnder Gang, Nystagmus, Speichelfluß, starkes Schwitzen usf.

Die klinische Gruppierung der Dämmerzustände stößt auf große Schwierigkeiten. Zwischen den verschiedenen Zustandsbildern lassen

sich nirgends scharfe Grenzen ziehen, da sie sich selbst im einzelnen Krankheitsfalle vielfach mit einander verbinden und mischen. Die hier versuchte Einteilung hat also nur den Zweck, eine ungefähre Übersicht über die große Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen zu vermitteln. Wir gehen bei unserer Betrachtung vielleicht am zweckmäßigsten von denjenigen Störungen aus, die sich aus dem normalen Dämmerzustande des Schlafes herausentwickeln.

Hier wäre zunächst das Nachtwandeln, der Somnambulismus, zu erwähnen, dem wir öfters in der Jugend der Epileptiker begegnen. Freilich kann man zweifelhaft sein, ob es sich hier nicht in der Regel um ein hysterisches Krankheitszeichen handelt, da das Nachtwandeln, namentlich in seinen leichteren Formen, bei der Hysterie der Kinder recht häufig ist. Andeutungen desselben (Aufschrecken, lautes Sprechen im Schlafe, Aufrichten und lebhafte Bewegungen im Bette) kommen auch bei nervös veranlagten Kindern vor, die sonst keinerlei auffallendere Krankheitserscheinungen darbieten. Die Handlungen der Nachtwandler sind gewöhnlich sehr einfache; sie stehen auf, kramen das Bettzeug durcheinander, gehen im Zimmer oder im Hause herum, zünden Licht an, schüren den Ofen, schließen Türen auf und zu u. dgl., um sich dann meist nach kurzer Zeit (einige Minuten bis $^1/_2$ Stunde) wieder ruhig ins Bett zu begeben; ein Kranker legte sich in den Kleiderschrank. Die Augen sind dabei geschlossen oder halb geöffnet, starr. Die Wahrnehmung der Außenwelt ist sehr beschränkt; es werden nur diejenigen Gegenstände bemerkt, die der Kranke gerade vor sich hat; alles übrige entgeht ihm. So kommt es, daß der Nachtwandler sich nur mit solchen Dingen zu beschäftigen pflegt, die sich an ihrem gewohnten Platze befinden; ein planmäßiges „Suchen“ ist in diesem Zustande kaum möglich. Die Auffassung der Umgebung scheint eine traumhaft verfälschte zu sein; der Nachtwandler, der durch das Fenster steigt, hält dieses für eine Tür usf.

Die Bewegungen tragen meist die Zeichen des Automatenhaften an sich, verraten aber in der Vermeidung und Überwindung von Hindernissen öfters eine gewisse, wenn auch dunkle Überlegung. Die Sicherheit, mit der sich Nachtwandler manchmal in schwieriger Lage, bei Wanderungen auf Dächern bewegen, erklärt sich lediglich aus ihrer unvollkommenen Auffassung; da ihnen die Gefahr nicht zum Bewußtsein kommt, bleiben jene ängstlichen Gefühlsregungen aus, durch die unsere Unsicherheit bei schwindelerregendem Klet-

tern bedingt wird. In seltenen Fällen erheben sich die Leistungen von Nachtwandlern über ganz einfache Handlungen hinaus zu höheren psychischen Verrichtungen. Es werden Beispiele erzählt, in denen man mit derartigen Kranken lange Gespräche über gleichgültige Dinge führen konnte, in denen Gedichte angefertigt, Rezepte ausgeführt und Aufgaben gelöst wurden.

Meist genügt schon kräftiges Anreden, Anspritzen mit kaltem Wasser oder ein ähnlicher stärkerer Reiz, um den Nachtwandler aus seinem Zustande zu erwecken. Aus naheliegenden Gründen muß man sich hüten, das Erwachen in irgendeiner gefährlichen Lage herbeizuführen, weil die sich einstellende Angst dem Gefährdeten die Sicherheit der Bewegung alsbald raubt. Ausgedehntere Anfälle von Somnambulismus machen sich am nächsten Morgen gewöhnlich durch das Gefühl einer gewissen Ermattung und Abgeschlagenheit bemerklich. Dabei ist die Erinnerung an die ausgeführten Handlungen erloschen, doch gelingt es in der Regel, sie mittelst der Hypnose mehr oder weniger vollständig wieder zu erwecken.

Féré hat darauf aufmerksam gemacht, daß auch die Träume der Epileptiker unter Umständen als Anfallsäquivalente aufzufassen sein dürften. Von zahlreichen Kranken hören wir, daß sie häufig an schweren, beängstigenden Träumen von Herabstürzen, Bedrohtwerden leiden, die sie zum Aufschreien im Schlafe veranlassen, oft auch erwecken. Mit einiger Wahrscheinlichkeit als Anfälle anzusehen sind sie wohl dann, wenn sie periodisch in ganz gleicher Form wiederkehren. Auf derartige Träume sind wahrscheinlich jene vereinzelten Beobachtungen zurückzuführen, in denen bei plötzlichem Erwachen aus dem Schlafe eine mehr oder weniger lange Fortdauer der Bewußtseinstrübung mit illusionärer Verfälschung der Wahrnehmung besteht. Die Erwachenden glauben sich, unter Weiterspinnen beängstigender Traumvorstellungen, in großer Gefahr und begehen in ihrer Verwirrung bisweilen äußerst gefährliche Handlungen, namentlich Angriffe auf Schlafkameraden. Ich sah einen Kranken, der nachts plötzlich aus dem Bette sprang, auf seinen Schwager und dessen Frau, die er beide nicht erkannte, wütend eindrang und dann aus dem Fenster zu stürzen versuchte; er hatte früher als Soldat schon einmal einen derartigen Zustand gehabt, in dem er mit der Waffe auf einen Kameraden losging. Als er sich beruhigt hatte und klar geworden war, gab er an, daß er geträumt

habe, in einem fremden Hotel zu schlafen und von jemandem mit Umbringen bedroht zu werden. Hermann[1]) hat Epileptiker aus dem Schlafe nach Anfällen erweckt und festgestellt, daß unter solchen Umständen in der Tat regelmäßig ein kurz dauernder Zustand von Unbesinnlichkeit und Unklarheit mit unsinnigen Handlungen zur Beobachtung kommt.

Die überwiegende Mehrzahl der epileptischen Dämmerzustände verläuft unter dem Bilde einer einfachen, traumhaften Benommenheit. Die Auffassung der Kranken trübt sich; sie werden verwirrt, können ihre Gedanken nicht zusammenhalten, „studieren vor sich hin", verkennen die Personen ihrer Umgebung, finden sich auf der Straße nicht zurecht, verlaufen sich, wollen zum Fenster hinaus, statt zur Türe, begehen Handlungen, von denen sie nachher nichts wissen. Sie zerschneiden Kleider, Betten, Teppiche, räumen Gegenstände ein und aus, verlegen Sachen, entkleiden sich beim Essen, in einer Wirtschaft, auf der Straße, laufen im Hemde herum. Eine Frau zog die Kleider ihres Mannes an; ein Schäfer verfehlte mit seiner ganzen Herde den Weg. Einer meiner Kranken kletterte vor meinen Augen plötzlich mit größter Gewandtheit und Schnelligkeit vom Garten aus am Blitzableiter empor auf das Dach eines zweistöckigen Hauses, um von dort unbeschädigt wieder herabzuspringen; er wußte über die Beweggründe seines Handelns nichts anzugeben und erinnerte sich überhaupt des Vorganges nicht. Ein weiterer Kranker schnitt seiner Kuh den Schwanz halb ab; eine Kranke bestrich den Einband eines Buches, das sie anscheinend für einen Schuh hielt, mit Wichse; eine andere warf beim Gänserupfen plötzlich ihrer Nachbarin die Gans ins Gesicht, ohne nachher davon zu wissen. Ein junges Bauernmädchen lief in einem solchen Anfalle beim Mähen in einen Bach, dabei immer noch mechanisch die Bewegung des Mähens fortsetzend. Später legte sie in einem ähnlichen Zustande zweimal Feuer an (sehr häufig bei jugendlichen Epileptikern!) und verübte eine Reihe von Diebstählen, indem sie alle Gegenstände, die ihr unter die Hände kamen, in einem versteckten Winkel zusammentrug. Ein anderer Kranker zündete sein Bett an, in der Absicht, sich Kaffee zu kochen. Auch exhibitionistische Handlungen, öffentliche Masturbation und geschlechtliche Angriffe werden in solchen Zuständen öfters begangen.

[1]) Hermann, Russische Medizinische Rundschau, II, 129. 1903.

Durch das Hinzutreten von Sinnestäuschungen und zusammenhanglosen Wahnbildungen bilden sich sehr häufig Zustände von deliranter Verworrenheit heraus. Die Kranken sehen Feuer und Rauch im Zimmer, Ringe, farbige, fliegende Lichter, Feuer, Pferdeköpfe, Hunde, rote Leute, weiße Frauengestalten, das verstorbene Kind, Großvater und Großmutter, die Mutter Gottes, Engel und Blumen, Furien mit kralligen Händen, Männer mit Messern, die offene Hölle, Teufel, die vom Altar herabspringen. Die Umgebung erscheint ihnen unheimlich, verändert; alles tanzt herum; die Wellen des Flusses steigen empor; die Gedanken nehmen Gestalt an und schweben über ihnen. Die Kranken hören Stimmen, Glockenläuten, dumpfes Brummen, Summen und Wirbeln im Kopfe, Schreien der Kinder, unbestimmtes Reden und Rufen, Lachen und Schimpfen, Vogelstimmen, Musik, Orgelspielen; das Marienbild singt; die Leute reden über sie, bedrohen sie. Es hüpft in ihnen; eine Katze sitzt in ihrem Bauche; ein kleines Kind spricht in ihnen. Sie glauben zu fliegen, auf Messern zu gehen; sie werden von Freimaurern und Hellsehern beeinflußt, suggeriert, hypnotisiert, seelisch durchleuchtet, mit Steinen beworfen. Sie befinden sich in einer Räuberhöhle, im Zuchthause, in einem Leichensaale, in dem alles voller Särge ist; das Zimmer ist mit Blausäure gefüllt; die Krankenschwestern sind verkleidete Männer, die Mitkranken arme Seelen; Mutter und Stiefvater sind Teufel. Leute auf der Straße beobachten sie; Geheimpolizisten gehen ihnen nach; sie sollen verhaftet, vergiftet, erdrosselt werden; es ist ein Komplott; es ist Krieg.

Eine große Rolle pflegen dabei Vorstellungen mit religiöser Färbung zu spielen. Der Kranke glaubt in der Vorhölle, im Himmel zu sein, sieht den lieben Gott, hört die Engel singen, wandert auf der Himmelstreppe nach oben, will in die Ewigkeit. Gott spricht zu ihm; er ist Petrus, hat die Mission, Gottes Wort zu verkünden, will die Religion verteidigen; Christus wird ihm beistehen. Oder er fühlt sich selbst als der liebe Gott, als Engel, Teufel; seine Frau ist die Mutter Gottes, der Arzt der Allmächtige. Gott mag ihn nicht; er ist verdammt, den Versuchungen des bösen Feindes ausgesetzt, führt geistige Kämpfe gegen sündhafte Gedanken, lebt in einem Meer der Qualen, oder er fühlt sich so gesund, so leicht, so glücklich; das hat Gott gemacht; der böse Geist ist aus ihm heraus.

Auch andere Größenideen schieben sich ein. Der Kranke ist der

Großherzog, der große Kaiser Joseph; er hat 6 Millionen in Tausendmarkscheinen verloren, geht auf die Polizei, um sie zu suchen; der Arzt ist der König Ludwig. Ein Kranker nannte sich Janus Potus, Sohn des Sultans Abdul Hamid, des Grafen Zeppelin; er habe ein Luftschiff erfunden für 50 000 Mark, mache damit Reisen.

Sehr häufig sind Erzählungen über abenteuerliche Erlebnisse. Der Kranke gibt an, er sei in der Nacht geschnitten, chloroformiert, seziert worden, zeigt die angeblichen Schnittwunden. Das Blut ist gelaufen, eine Ader geplatzt; er muß sich verbluten. Ein Pferd lag unter dem Bette und hat ihn gebissen; ihm wurde ein Ohr abgeschnitten, ein Lungenflügel beseitigt, der Mastdarm operiert; der Arzt hat dem Kranken die Gedärme herausgenommen, so daß er jetzt ein anderer Mensch geworden ist. Man wollte ihn hinrichten; es brannte in der Nacht; im ganzen Hause war Musik; der Mann ist gestorben und wieder auferstanden; die Mutter wurde umgebracht.

Die Stimmung ist wechselnd. Der Kranke hat viel inneres Weh, ist ängstlich, gespannt, dann wieder heiter, gehobener Stimmung, erotisch. Regelmäßig aber besteht eine starke Neigung zu schweren Gewalttaten. Manche Kranke sind still, träumerisch oder finster, abweisend, starren vor sich hin; andere zeigen eine ziellose Unruhe, springen herum, kriechen und wälzen sich am Boden, drängen fort, reden unaufhörlich in verbigerierender oder verwirrter, ideenflüchtiger Weise, predigen mit lallender, eintöniger Sprache; sie singen in einförmiger Wiederholung, heulen, schreien, schimpfen unflätig, benehmen sich absonderlich, theatralisch, toben „wie Rasende". Sie zertrümmern plötzlich mit dem Nachttischchen oder mit dem Stuhle die Scheiben, suchen die Pflastersteine aufzureißen, die Trambahn aufzuhalten, werfen der Frau das Messer, dem Nachbarn den Bierkrug ins Gesicht, stürzen sich auf den Pfleger, würgen die Angehörigen, laufen einem Kameraden mit der Hacke nach, gehen mit gezücktem Messer umher, bedrohen die Braut mit Erstechen, rennen dem Bruder die Klinge in den Leib. Einem Kranken kam der Gedanke, das Haus anzuzünden; ein anderer steckte eine Holzhütte in Brand; ein dritter sprach davon, seiner Frau Salzsäure ins Gesicht zu schütten, sein Kind an allen Vieren anzunageln; eine Kranke wollte ihren Kindern den Bauch aufschneiden. Auch geschlechtliche Angriffe kommen öfters vor.

In der Regel scheinen diese Handlungen durch Wahnvorstellungen

veranlaßt zu werden. Ein Kranker fuhr seiner Frau an den Hals, weil er glaubte, daß sie ihm durchbrennen wolle; ein anderer lief auf die Eisenbahnschienen, um seinen verstorbenen Vater, von dem er sich verfolgt glaubte, überfahren zu lassen; ein dritter wurde bedrohlich, weil man die Kirche zugrunde richten wolle. Andere greifen zum Messer, um sich gegen vermeintliche Feinde zu verteidigen; „da draußen ist er; den erstech' ich", rief ein Kranker. Sehr häufig richten sich die Gewalttaten auch gegen das eigene Leben. Der Kranke springt aus dem Fenster, aus dem Eisenbahnzuge, versucht, sich die Pulsadern zu öffnen, sich aufzuhängen, sich überfahren zu lassen; er kann nicht mehr leben. Ein Kranker, der wegen seiner Erregung in Gewahrsam gebracht worden war, schnitt sich mit den Scherben der zertrümmerten Wasserflasche den Hals durch; ein anderer wurde in der Schlinge gefunden, in jedem Arme eines seiner Kinder. Er sei der Geist des Todes und denke nur ans Sterben, meinte ein Kranker.

In einer Gruppe von Fällen wird das Krankheitsbild ganz von grauenerregenden, mit den heftigsten Angstzuständen verknüpften Vorstellungen beherrscht („ängstliches Delirium der Epileptiker"). Die Einleitung bildet vielfach eine ganz bestimmte, sich regelmäßig wiederholende Sinnestäuschung; namentlich bemerkenswert ist der „schwarze Mann" und das Sehen von roten Gegenständen, Blut, Flammen, Gestalten im roten Mantel usf. Der Kranke verliert völlig die Klarheit über seine Umgebung; Sinnestäuschungen und ängstliche Wahnbildungen treten auf. Er faßt nur sehr unvollkommen auf, was um ihn herum vorgeht, lauscht auf die Stimmen, die ihn beschimpfen und bedrohen. Er soll wegen Onanie bestraft werden, hört Gott sprechen, das Totenwägelchen fahren, muß sterben, hat etwas angerichtet, fühlt sich gepackt, sieht sich von Teufeln, Gespenstern, wilden Tieren, großen Volksmassen umgeben, die aus der Wand kommen und oft von allen Seiten gegen ihn anrücken. Er ist in den Händen von Italienern, die ihn erschießen wollen, soll hingerichtet, verbrannt, lebendig begraben werden; seine Leiche wird im Moor versteckt. Vor dem Fenster steht ein Mann, der ihn erschießen will; er hat schon Kugeln im Leibe, wird aufgeschnitten; der Arzt führt Böses im Schilde; Milch und Brot schmecken nach Schwefel. Es brennt im Himmel; der Weltuntergang kommt; Schlachten werden geschlagen; ein furchtbares Blutbad wird angerichtet; dem Könige werden Hände und Füße abgehackt,

der Kopf abgehauen. Der Kranke watet im Blut und schreitet über Leichen; Mutter und Schwester sind auf der Eisenbahn umgekommen; der Vater wird wahnsinnig; das Haus wird in die Luft gesprengt. Man führt den Kranken in einen unterirdischen Gang, in dem auf schrecklichen Marterwerkzeugen Menschen und Tiere zerstückelt werden. Alles stürzt über ihm zusammen; Luft und Licht wird ihm abgeschnitten; er fährt in die Hölle. Zugleich bemächtigt sich seiner die äußerste Todesangst, so daß er zitternd sein Ende erwartet, um Hilfe schreit, ein Stoßgebet nach dem andern stammelt oder in feierlichen Worten sein Leben in Gottes Hände legt. Dazwischen schieben sich fabulierende Äußerungen; der Kranke ist gestern mit der Postkutsche angekommen, zum Militär eingezogen worden, hat mit dem Großherzog gesprochen. Bisweilen erscheinen auch Gott und Christus, schenken ihm die Freiheit, verheißen im Gnade, krönen ihn zum Friedenskaiser, führen ihn auf prächtigem Wagen ins Paradies, in den Himmel, wo ihm seine selige Mutter erscheint; doch sind solche freudigen Erhebungen nur rasch vorübergehende Einschiebsel.

Die mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Grundstimmung des ganzen Anfalles bleibt eine heftige, ängstliche oder zornige Erregung. Sie treibt den Kranken nur allzu häufig zu gräßlichen Gewalttaten, die sich durch die rücksichtslose Roheit ihrer Ausführung auszuzeichnen pflegen. Ihm ist, als müsse er seiner Frau den Hals abschneiden, die Kinder aufhängen, sich erschießen. Er sucht zu entfliehen, klettert aus dem Fenster, oder er greift in dem verzweifelten Drange, sich den vermeintlichen furchtbaren Gefahren zu entziehen oder sein Leben zu retten, blindlings zur ersten besten Waffe, um sie gegen sich selbst oder gegen seine Umgebung zu richten. Mit stark gerötetem Kopfe und stierem Gesichtsausdrucke, stöhnend, stumm oder kurze, abgerissene Sätze, ein unartikuliertes Schreien und Brüllen ausstoßend, wütet er unter Aufgebot seiner ganzen Kraft plan- und ziellos, alles zerstörend und vernichtend, was ihm erreichbar ist. Hierhin gehören jene Soldaten, die plötzlich blind und toll um sich schießen und zahlreiche Personen verwunden oder töten. Bisweilen finden die Handlungen der Kranken ihre Begründung in einer plötzlich auftauchenden Idee, einer Sinnestäuschung, einem Antriebe. So erinnere ich mich eines Falles, in welchem ein Brauknecht durch den Teufel in Gestalt

eines schwarzen Hundes zur Zerschmetterung seines schlafenden Kameraden veranlaßt wurde. Ein anderer Kranker ging mit den Worten: „Bist du ein Jude, so mußt du sterben“ auf einen ihm gänzlich unbekannten Mann los und brachte ihm mit einem bereitgehaltenen Messer eine schwere Verletzung bei; noch ein anderer fühlte bei einer Prozession, wie sich sein Arm hob und mit voller Wucht auf eine arme, alte Frau niedersauste, die am Wege saß. Hier können die Kranken für die oberflächliche Betrachtung einen ziemlich geordneten Eindruck machen und ihre Handlung zunächst in unsinniger, aber doch zusammenhängender Weise begründen.

Die Dauer der deliranten Zustände beträgt oft nur einige Stunden, höchstens ein bis zwei Wochen. Während dieser Zeit kann aber die Tiefe der Bewußtseinstrübung mehrfachen und erheblichen Schwankungen unterliegen, so daß die Kranken zeitweise ziemlich klare und zutreffende Auskunft geben, aber vielleicht schon ganz kurz nachher von neuem in ihre deliranten Vorstellungen hineingeraten. Die Besonnenheit kehrt bisweilen nach einem längeren Schlafe plötzlich zurück; meist aber erfolgt die Aufhellung des Bewußtseins allmählich, so daß sich vorübergehend deliriöse und gesunde Vorstellungen in eigentümlicher Weise mischen. Einer meiner Kranken bezeichnete am letzten Tage eines solchen Deliriums mich als Gott, den klinischen Praktikanten als Christus, während er doch die ihm bereits vertrauten Räume der Klinik richtig erkannte. Unter Umständen kann der Kranke schon ganz klar und gesund erscheinen, während er in Wirklichkeit noch sehr benommen und von mannigfachen wahnhaften Erinnerungen wie Verfälschungen der Auffassung beherrscht ist, ein Verhalten, das sich dann erst bei vollkommener Genesung nachträglich herausstellt.

Die Zustände längerer, tiefer Bewußtseinstrübung mit mehr oder weniger vollständiger Unterdrückung äußerer Willenshandlungen pflegt man als epileptischen Stupor zu bezeichnen. Die Kranken sind benommen, unbesinnlich, unklar über ihre Umgebung, ihre Lage, verstehen weder die an sie gerichteten Fragen noch die Vorgänge in ihrer Umgebung, kümmern sich auch nicht um sie. Öfters scheint es sich einfach um eine hochgradige Unklarheit der Auffassung und des Denkens zu handeln; bisweilen aber bestehen Sinnestäuschungen und verworrene Wahnbildungen,

bald mehr schreckenerregenden, bald ekstatisch-religiösen Inhalts. Die Kranken glauben in der Hölle zu sein, in der übernatürlichen Welt, sehen den Erzengel Michael mit flammendem Schwert, selige Geister mit schneeweißen Kränzen. Die Stimmung ist meist mürrisch, gereizt, oder ängstlich, stumpf. Die Kranken liegen regungslos im Bette, verunreinigen sich, nehmen wenig oder gar keine Nahrung zu sich, lassen die Fliegen auf ihrem Gesichte herumkriechen. Sie sind wortkarg, bringen nur einzelne abgerissene, zusammenhanglose, stotternde oder flüsternde Worte hervor, geben keine Antwort, finden die Bezeichnungen für vorgehaltene Gegenstände oder Bilder nicht, vermögen oft auch Namen und Alter nicht zu sagen. Aufforderungen werden in der Regel nicht oder langsam, unvollkommen und widerwillig befolgt.

Meist verhalten sich die Kranken ruhig, doch kann man öfters aus einzelnen Ausdrucksbewegungen, ängstlichem Zusammenkauern, Sichverkriechen, Händefalten, Knien, finsterem oder verzücktem Gesichtsausdrucke Schlüsse auf die in ihnen sich abspielenden Vorgänge ziehen. Die Bewegungen sind vielfach unsicher und zittrig. Bei äußeren Einwirkungen widerstreben die Kranken meist sehr heftig, unter Umständen auch durch plötzliche, rücksichtslose Angriffe, doch wird in einzelnen Fällen wenigstens zeitweise Befehlsautomatie beobachtet. Das Körpergewicht sinkt rasch; der Puls ist klein und langsam; bisweilen beobachtete ich starkes Schwitzen. Triebartige Selbstmordversuche sind nicht selten.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt in den leichtesten Fällen nur 1—2, gewöhnlich aber 8—14 Tage, bei sehr schwerem Verlaufe auch wohl erheblich mehr. Die Lösung ist fast immer eine allmähliche. Der Kranke wird im Verlaufe einiger Tage klarer, orientiert sich wieder über seine Umgebung, hat keine oder nur sehr undeutliche Erinnerung an den Anfall; „es fehlten mir zwei Tage", sagte ein solcher Kranker. Höchstens weiß er anzugeben, daß ihm allerlei Schreckliches vorgekommen sei und er große Angst gehabt habe, ist auch wohl noch einige Tage gedrückt und niedergeschlagen. Einige Male sah ich während des allmählichen Schwindens der Bewußtseinstrübung eine außerordentliche Suggestibilität bestehen, die ganz an das Verhalten in der Hypnose erinnerte. Namentlich bei einer jungen Frau war es möglich, sie zu der Überzeugung zu bringen, bald daß sie 7, bald daß sie 70 Jahre alt sei, ein künstliches Gebiß

trage, von einem Bären gebissen worden sei, gestohlen habe, einen erwachsenen Sohn in Amerika besitze und dergl. Mehrere Tage lang ging sie auf alle diese Suggestionen ein, ergänzte sie und hielt sie fest, allerdings in stumpfer, teilnahmloser Weise. In einzelnen Fällen verschwindet die Benommenheit und Verworrenheit ungemein langsam. Die Kranken werden zwar allmählich freier in ihrem Benehmen, stehen auf, gehen herum, halten sich sauber, fangen auch wohl an, sich etwas zu beschäftigen, bleiben aber lange Zeit hindurch stumm, gebunden, unzugänglich, schwerfällig, ziehen sich von ihrer Umgebung zurück. So können unter immer wiederholten Rückfällen mit Krämpfen Monate vergehen, und auch nach der endgültigen Besserung bleibt der Kranke lange Zeit hindurch unklar, zerfahren und stumpf.

Eine etwas seltenere Form der epileptischen Dämmerzustände ist das langsamer verlaufende besonnene Delirium. Die Bewußtseinstrübung ist hier weniger tief, so daß die Kranken äußerlich fast ganz besonnen erscheinen. Dennoch wird die Auffassung der Außenwelt sehr stark beeinträchtigt; mannigfache illusorische und hallucinatorische Trugwahrnehmungen spiegeln dem Kranken eingebildete Gefahren vor; meist sind auch gleichzeitig Größenideen vorhanden. Einer meiner Kranken ließ sich in einem solchen Zustande Visitenkarten mit dem Namen Friedrich Fiesco, Graf von Lavagna, drucken, steckte die Sonne eines Soldatenhelms als Ordensstern an und ging so spazieren, versuchte sich dann aber mit einer kleinen Taschenpistole zu erschießen. Obgleich der Kranke auf einfache Fragen ganz zutreffende, oft freilich auch mit deliriösen Elementen durchsetzte Antworten gibt, läßt doch sein ganzes Benehmen eine gewisse Benommenheit und Desorientiertheit erkennen. Er ist in gereizter, meist etwas ängstlicher, selten auffallend heiterer Stimmung und begeht oft genug auch plötzliche Gewalttaten auf Grund von verschiedenartigen Wahnideen, die indessen meist nicht näher geäußert werden. In anderen Fällen wird das Bewußtsein erfüllt durch traumartige Einbildungen mit Personenverkennung und Sinnestäuschungen von häufig religiöser Färbung (Weltuntergang, jüngstes Gericht), während deren der Kranke bei scheinbarer Besonnenheit eine Menge unsinniger, ja verbrecherischer Handlungen (Diebstähle, Brandstiftung, Auflehnung gegen die Staatsgewalt, Sittlichkeitsverbrechen) begehen kann, ohne irgendwelche Einsicht in

die Bedeutung derselben zu besitzen. Solche Zustände können Wochen, ja eine Anzahl von Monaten dauern; es können sich auch mehrere, durch kurze Zwischenzeiten getrennte Anfälle aneinanderreihen.

Auffallend häufig kommt es hier zu falschen Selbstbeschuldigungen. Einer meiner Kranken behauptete, einen Lustmord begangen zu haben, den er mit allen Einzelheiten beschrieb; ein anderer erklärte, er habe 2000 Mark unterschlagen, während ein dritter sich der Polizei stellte mit dem Bemerken, daß er 200 Mark gestohlen habe, verfolgt werde und ins Zuchthaus komme. Bemerkenswert ist öfters der Wechsel der Einzelheiten in der Darstellung je nach der Art des Verhörs; so kann recht wohl der Eindruck entstehen, als suche der Verhaftete sich allmählich aus der Schlinge zu ziehen.

Die besondere Aufmerksamkeit der Irrenärzte hat ferner die Neigung derartiger Kranker zu weiten, zwecklosen Reisen[1]) erregt, die man unter den verschiedensten Namen beschrieben hat. Die Einleitung bildet gewöhnlich eine Verstimmung, das Gefühl der inneren Beunruhigung, der Drang, um jeden Preis fortzugehen, den die Kranken unter Eintritt einer gewissen Bewußtseinstrübung je nachdem durch Herumirren zu Fuß oder durch Eisenbahn- und selbst Dampferfahrten zu befriedigen suchen. Sie lassen alles stehen und liegen, fahren ohne Gepäck, selbst ohne Geld mit dem ersten besten Zuge fort, der gerade ausgerufen wird, reisen öfters auf derselben Strecke hin und her; sie übernachten in Wäldern, Scheunen, Strohhaufen, laufen auch wohl bis zur Erschöpfung weiter. Nach Tagen oder Wochen finden sie sich irgendwo an fremdem Orte wieder. Sehr bekannt geworden ist der von Legrand du Saulle mitgeteilte Fall eines Pariser Kaufmanns, der aus einem solchen Anfalle plötzlich auf der Reede von Bombay wieder erwachte. In der Regel wiederholt sich der Anfall öfters in ganz ähnlicher Weise, hie und da im Anschluße an Alkoholmißbrauch. Während der Reisen selbst können die Kranken sich annähernd geordnet benehmen, Fahrkarten kaufen, Hotels aufsuchen, Zahlungen leisten, sich unterhalten. In der Regel aber ist doch an ihnen dieser oder jener Zug

---

[1]) E. Schultze, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LV, 748; LX, 795; Münchener Med. Wochenschr. 1900, 416; Donath, Archiv f. Psychiatrie XXXII, 335; Heilbronner, Jahrb. f. Psychiatrie, XXIII, 107; Mattauschek, Wiener Med. Wochenschr. 1910, 1573.

auffällig. Manche machen den Eindruck von leicht Angetrunkenen; andere führen sonderbare Reden, erscheinen zerstreut, vergessen oder verlieren ihre Sachen, sitzen tagelang, vor sich hinbrütend, auf dem Zimmer, sind wortkarg und wenig zugänglich. Gerade die Mischung von einzelnen unvermittelten, unsinnigen Handlungen und Äußerungen mit sonst geordnetem Benehmen begegnet uns in diesen Dämmerzuständen häufig.

Gar nicht selten beobachtet man eine alkoholische Färbung der Dämmerzustände. Gesichts- und Gehörstäuschungen treten dann im klinischen Bilde unverhältnismäßig stark hervor; zugleich besteht grobes Zittern, Unsicherheit der Bewegungen, Druckschmerzhaftigkeit der Muskeln und Nerven. Die Kranken sehen weißgekleidete Frauen, die in einem See schwimmen, sich um das Bett stellen und sie anrühren, Münchener Kindel, Tiroler, eine Seeschlacht an der Decke, einen Mann im Winkel, Ratten im Bette, Schlangen und Käfer. Sie hören Militärmusik, das Telephon in der Wand. „Dem schneiden wir die Ohren ab!" heißt es; „Du Lump, Du schlechter Kerl, verreckst schon noch im Zuchthaus", „körperlich geschwächt, geistig normal", „Gauner und Spieler". Dazu kommt dann der eigentümlich humoristische Zug, dem wir so gewöhnlich bei den Alkoholdelirien begegnen. Der Kranke meint, er gehöre „abgesägt", werde „tranchiert", spricht lachend von seiner bevorstehenden Hinrichtung; er erlebt „spaßige Träume"; es ist „wie eine ganze Romangeschichte". Ein Kranker wanderte auf einer Treppe in den Himmel, sah dort Verstorbene, machte die Weihnachtsfeier mit, wurde beschenkt und bekam dann „einen Tag Urlaub". Mit diesen alkoholischen Zügen vermischen sich dann die religiös-ekstatischen Vorstellungen und die ängstliche Gewalttätigkeit der Epileptiker.

Auch die Dämmerzustände stehen gewöhnlich in engen zeitlichen Beziehungen zu ausgebildeten oder abgekürzten Krampfanfällen, indem sie ihnen voraufgehen oder, weit häufiger, nachfolgen. Bisweilen schiebt sich eine kurze, anscheinend störungsfreie Zwischenzeit zwischen Anfall und Dämmerzustand; zumeist jedoch entwickelt sich letzterer unmittelbar aus der dem Anfalle folgenden Benommenheit heraus. Endlich aber treten die Dämmerzustände auch nicht selten als selbständige Äquivalente auf, meist neben anderen Erscheinungsformen der Epilepsie, in Ausnahmefällen auch wohl als

einziges Krankheitszeichen oder doch schon lange vor dem Erscheinen andersartiger Anfälle, deren Einsetzen dann unter Umständen erst die Deutung des Dämmerzustandes sicher stellt.

Die Häufigkeit der epileptischen Dämmerzustände bei einem Kranken ist außerordentlich verschieden. Während sie sich bisweilen in ganz kurzen Zeitabständen wiederholen, gibt es andererseits Fälle, die neben sonstigen epileptischen Zufällen nur ein oder zwei Male im Leben ausgeprägte Dämmerzustände darbieten. Bei zahlreichen Epileptikern kommt es überhaupt niemals dazu. Die einzelnen Anfälle bei demselben Kranken pflegen in ihrem Inhalte und Verlaufe eine sehr große Übereinstimmung darzubieten. So begann das fast alljährlich wiederkehrende besonnene Delirium bei einem meiner Kranken regelmäßig damit, daß er behauptete, von einem Beamten der Polizei geschossen worden zu sein. Er geriet dann in einen halb traumhaften, halb besonnenen, mehrfach von Krampfanfällen unterbrochenen Dämmerzustand hinein, aus dem er nach mehreren Wochen eines Morgens klar, aber ohne jede Erinnerung an die Zwischenzeit erwachte. —

Über die Verteilung der einzelnen Erscheinungsformen der Epilepsie auf fast 2000 Fälle besitzen wir eine Zusammenstellung von Allen Starr. Er beobachtete „grand mal" in 57,4%, „grand und petit mal" in 28,7%, petit mal allein in 8,7%, Jacksonsche Epilepsie in 1,9%, psychische Epilepsie in 0,8%, grand oder petit mal oder beides mit psychischer Epilepsie in 0,6% der Fälle; der Rest verteilt sich auf die Verbindungen von grand oder petit mal mit Jacksonscher Epilepsie. Ein ganz anderes Bild gibt die Übersicht über psychiatrische Fälle von Aschaffenburg. Er fand Schwindelanfälle in 74%, Krämpfe in 42%, Ohnmachten in 44%, petit mal in 58%, Dämmerzustände in 36%, Verstimmungen in 64—70% seiner Beobachtungen. Neisser sah bei seinen Anstaltskranken Dämmerzustände in 61,9%, etwas häufiger bei Frauen. Ich selbst konnte bei 515 in der Münchener Klinik behandelten Kranken, über deren Vorgeschichte allerdings häufig nur sehr unvollkommene Angaben zu gewinnen waren, in 86,8% Anfälle von Bewußtlosigkeit feststellen, die wahrscheinlich als Krampfanfälle anzusehen waren, wenn sich auch volle Sicherheit darüber nicht immer erlangen ließ. Bei 23,3% der Kranken kamen Schwindelanfälle, bei 9,7% Ohnmachten vor, zu denen vielleicht noch einige der anscheinen-

den Krampfanfälle hinzuzurechnen wären. Absenzen hatten 15,1%, Anfälle ohne Bewußtseinsverlust 3,3%, Dämmerzustände 16,5%, Nachtwandeln 1,9%, Verstimmungen 36,9%, Erregungszustände, meist in der Form des komplizierten Rausches, 13,8% der Kranken; im Status epilepticus befanden sich 2,5%. Außerdem wurden, nur bei Männern, in 4,5% der Fälle anfallsartige Träume, in 6,2% alkoholisch gefärbte Delirien verzeichnet. Die große Häufigkeit der Krampfanfälle erklärt sich wesentlich durch den Umstand, daß eben diese in zahlreichen Fällen den Anlaß zur Verbringung in die Klinik gaben; in einer Irrenanstalt mit ihren strengeren Aufnahmebedingungen müssen demgegenüber natürlich die psychischen Störungen stärker hervortreten. Wir werden übrigens späterhin sehen, daß auch aus anderen Gründen die hier gegebenen Übersichten uns kein ganz zutreffendes Bild von dem Verhalten der genuinen Epilepsie vermitteln. —

Im Zusammenhange mit den bisher geschilderten, anfallsweise hervortretenden Störungen pflegt sich beim genuinen Epileptiker allmählich eine stärker oder schwächer ausgesprochene, eigenartige Veränderung seiner psychischen Persönlichkeit zu entwickeln. Schon die stete Wiederholung der Anfälle ohne äußeren Anlaß muß uns ja darauf hinweisen, daß wir es hier mit einer dauernd fortbestehenden krankhaften Grundlage zu tun haben. Kellner fand nur etwa 10% seiner Epileptiker psychisch gesund. Auf der anderen Seite wird uns durch die Geschichte berichtet, daß eine Reihe von geistig hervorragenden Männern, Feldherrn (Cäsar, Narses, Napoleon I.), Künstlern (Menzel), Gelehrten (Helmholtz) an Epilepsie gelitten haben sollen. Allein die Deutung solcher Krankheitsfälle, namentlich ihre Zugehörigkeit zur genuinen Epilepsie, bleibt immer in erheblichem Grade unsicher, und zudem ist die epileptische Veränderung für die oberflächliche Betrachtung erst in schwereren Fällen erkennbar. Jedenfalls begegnet uns bei unseren Kranken mit außerordentlicher Häufigkeit eine Form des psychischen Siechtums, die mit ähnlicher Wahrscheinlichkeit den Schluß auf das Bestehen des Grundleidens zuläßt wie die anfallsweise auftretenden Störungen. Wir werden sehen, daß die Einzelzüge dieser Veränderung sich zumeist ungezwungen als stark abgeschwächte Überreste jener Umwälzungen deuten lassen, die sich in den psychischen Anfällen vollziehen.

Die Verstandesleistungen unserer Kranken können ungestört sein; einzelne Kranke machen sogar einen geweckten, geistig regsamen Eindruck. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch fällt eine Verlangsamung der psychischen Vorgänge auf, die man oft genug schon mit Hilfe einer einfachen $^{1}/_{5}$-Sekundenuhr feststellen kann. Dabei bestehen, wie Wiersma mit Hilfe von reihenartig aufeinanderfolgenden Reizen nachweisen konnte, erhebliche Aufmerksamkeitsschwankungen. Im allgemeinen faßt der Kranke Fragen und Eindrücke ungemein langsam, dann aber richtig auf, braucht lange Zeit, um sie geistig zu verarbeiten und zu einer Antwort oder Handlung zu kommen. Namentlich verwickeltere Eindrücke machen ihm Schwierigkeiten. Boström fand die Reaktionszeit für Buchstaben und Wörter wenig, für Bilder dagegen stark verlängert, mit großer Streuung der Werte. Während die Einzelheiten von Bildern gut erkannt werden, wird der Zusammenhang und die Bedeutung des Ganzen nur schwer begriffen. Vielfach kommt es zu Verkennungen und Mißverständnissen. Ebenso werden oft die einzelnen Worte gut aufgefaßt, ohne daß doch ein Verständnis des Satzes zustande kommt. Der Kranke vermag nicht, raschen Wendungen des Gespräches zu folgen oder mehrere Dinge gleichzeitig zu beachten. Die Beweglichkeit seiner Einbildungskraft ist sehr gering; mühsam und in bescheidenem Umfange knüpfen sich neue Vorstellungsverbindungen, und äußere Anregungen wecken nur einen spärlichen Widerhall in seinem Bewußtsein.

Dabei bleibt die Besonnenheit, die Orientierung und der Zusammenhang des Gedankenganges fast immer auffallend gut erhalten. Wenn die Kranken auch vielfach lückenhaft und unvollkommen wahrnehmen, gewinnen sie doch ein ungefähr zutreffendes Bild von ihrer Lage, den Personen und Vorgängen ihrer Umgebung, beurteilen einfache Verhältnisse richtig, finden sich leidlich zurecht. Dagegen versagen sie rasch, sobald es sich nicht um die unmittelbare Verwertung von Wahrnehmungen, sondern um Vergleiche, Heranziehung ferner liegender Erfahrungen, verwickeltere Überlegungen und Schlüsse handelt. Ihre Aufmerksamkeit richtet sich immer nur auf das Nächstliegende, ohne weiteres Gegebene, während ihnen allgemeinere Beziehungen, Anspielungen, witzige Doppeldeutungen, komische Gegensätze entgehen. Die Schwerflüssigkeit der Seelenvorgänge, wie sie in stärkster Ausprägung zur

Benommenheit des Dämmerzustandes wird, verhindert die Ausbreitung der von der Außenwelt gebotenen Anregungen über die nächsten Angriffspunkte hinaus.

Das Bild des einfachen epileptischen Schwachsinns, das natürlich alle möglichen Entwicklungsstufen darbieten kann, läßt sich somit am besten durch den Ausdruck „Beschränktheit" kennzeichnen. Der Kranke haftet am Einzelnen und Gegenwärtigen, hat weder Neigung noch Befähigung, allgemeine Begriffe zu bilden, Zusammenhänge zu knüpfen, seinen Gesichtskreis zu erweitern, neue Erfahrungen in sich aufzunehmen und zu verarbeiten. Ihm fehlt daher jener Überblick über die Lebenserfahrungen, der uns befähigt, überall das Wichtige von dem Nebensächlichen zu trennen und damit allgemeinere Richtlinien für unser Denken und Handeln zu gewinnen. Eine Folge dieser mangelnden Gliederung des Vorstellungsschatzes, die es erschwert, über den Einzelheiten die Hauptsache im Auge zu behalten, ist die eigentümliche Umständlichkeit der Epileptiker. Bei jeder Erzählung beginnt der Kranke mit Daten, deren Beziehung zur Frage zunächst kaum erkennbar ist, und er häuft dabei an jedem Punkte eine solche Menge von ganz gleichgültigen Nebenumständen, daß seine Darstellung schlechterdings nicht von der Stelle zu rücken scheint. Jeder Versuch, ihn durch Zwischenfragen zu einer rascheren Entwicklung des Wesentlichen zu veranlassen, pflegt zu scheitern; der Kranke nimmt den Faden einfach an der unterbrochenen Stelle wieder auf. Dabei verliert er jedoch niemals den Zusammenhang, sondern kommt schließlich immer zum Ziel, freilich auf stark gewundenen Pfaden. Gewöhnlich wird die gleiche Erzählung immer mit den gleichen Wendungen und in derselben Ausführlichkeit vorgebracht. Mit der erhöhten Bedeutung des Einzelnen und sinnlich Greifbaren hängt wohl ferner auch die Kleinlichkeit und Peinlichkeit in den Gedankengängen der Kranken zusammen, die übertriebene Sorgfalt in ihren Beschäftigungen. Smith stellte fest, daß beim Vergleichen von Linien die Epileptiker, und namentlich die schwachsinnigen, bessere Ergebnisse lieferten, als die Gesunden; auch Anfimow gibt an, daß von den Kranken trotz stark eingeschränkter Leistung mit größerer Genauigkeit gearbeitet wurde.

Bei stärker ausgebildetem epileptischem Schwachsinn leidet regelmäßig auch das Gedächtnis in erheblichem Grade. Der Kranke

wird vergeßlich, merkt sich den Namen des Arztes oder seiner Mitkranken nicht, weiß nichts über seine Erlebnisse zu berichten, erzählt wiederholt dieselben Dinge, ohne es zu bemerken. Smith fand mangelhafte Leistungen beim Wiedererkennen von Bildern und Worten; namentlich wurden neue Eindrücke für bekannt gehalten. Eine große Zahl von Erfahrungen des früheren Lebens geht dem Kranken spurlos wieder verloren, und nur diejenigen Vorstellungskreise bleiben sein dauerndes Eigentum, die sich durch immerwährende Wiederholung unverrückbar befestigt haben. Auf diese Weise entwickelt sich eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes, so daß der Kranke schließlich nur noch über einen ganz kleinen, allmählich immer mehr einschrumpfenden Vorrat von Ideen verfügt. Im Gegensatze zu anderen Formen des erworbenen Schwachsinns ist er jedoch imstande, sich innerhalb dieses kleinen Kreises von Vorstellungen noch klar und zusammenhängend zu bewegen, wenn es sich auch dabei zumeist nur um die ständige Wiederholung derselben Gedankengänge und Wendungen handelt.

Ein lehrreiches Bild von dem Verhalten des Vorstellungsschatzes der Epileptiker liefern einfache Assoziationsversuche[1]), wie sie von Sommer, Fuhrmann, Ricklin, Jung, Isserlin, Rittershaus u. a. ausgeführt wurden. Dabei zeigte sich neben Fehlerhaftigkeit des sprachlichen Ausdrucks zunächst große Langsamkeit und Schwerfälligkeit der Antworten, Haften an demselben Vorstellungskreise, ja an derselben grammatischen Form, Neigung zu Satzreaktionen, mehrfacher Umschreibung des gleichen Gedankens, bestätigenden Gebärden. Vielfach war der Inhalt der Assoziationen nichtssagend und dürftig; ihr sprachlicher Ausdruck zeigte, wie besonders Rittershaus dargetan hat, große Unbeholfenheit und Schwülstigkeit, ja vielfach geradezu paraphasische Mischworte und Neubildungen. Sodann traten in auffallender Zahl Vorstellungsanknüpfungen auf, bei denen irgendein erkennbarer Zusammenhang mit dem Reizworte nicht bestand. Vielmehr schien es, als ob diese durch den Versuch nur ausgelösten, nicht erzeugten Vorstel-

---

[1]) Fuhrmann, Sommers Beiträge zur Psychiatrischen Klinik I, 65. 1902; Ricklin, Hebung epileptischer Amnesien durch Hypnose. Diss. Zürich. 1903; Isserlin, Monatsschr. f. Psych. XVIII, 419; Jung, Journal f. Psych. und Neurol. V, 73; Rittershaus, Archiv f. Psychiatrie XLVI, 1.

lungen aus dauernden allgemeinen Gedankenrichtungen hervorgegangen seien. Ihr Inhalt stand meist in Beziehung zu dem Krankheitszustande oder doch zu den persönlichen Verhältnissen des Kranken. Jung beobachtete 31% solcher „egozentrischen“ Assoziationen; rein sprachliche Assoziationen fehlten ganz. Wir dürfen wohl annehmen, daß die Häufigkeit solcher, durch innere Zustände, nicht durch äußere Anregung bestimmten Assoziationen ganz besonders durch die geistige Schwerfälligkeit der Epileptiker begünstigt wird, die ihnen nicht, wie dem Gesunden, rasch und leicht Anknüpfungen an das zugerufene Reizwort zur Verfügung stellt. Auch die sprachliche Ungewandtheit macht sich wohl in dieser Richtung geltend. Bei Fuhrmanns Kranken trat ferner in den Assoziationen eine vorwiegend traurige Gemütslage hervor; Ricklin fand überhaupt eine starke Gefühlsbetonung der auftauchenden Vorstellungen, und Jung schließt aus dem Verhalten der Assoziationszeiten auf ein langes Nachwirken der langsam auftauchenden, aber lebhaften Gefühlsregungen. Die Zahl der bei Wiederholung einer Versuchsreihe neu auftauchenden Vorstellungen war auffallend gering, ein Zeichen für die Einförmigkeit und Armut des Gedankenganges. Selbstverständlich zeigen alle untersuchten geistigen Leistungen starke Schwankungen; die Störungen sind am stärksten kurz vor oder nach Anfällen ausgeprägt.

Es ist natürlich, daß bei der Verarmung des Vorstellungsschatzes nach und nach die Bedeutung des eigenen Ich in der Weltanschauung der Kranken außerordentlich zunehmen muß. So kommt es, daß die Kranken, je weiter der Schwachsinn gediehen ist, um so mehr in ihrem Selbstgefühle wachsen, und daß schließlich der Inhalt ihrer Reden sich wesentlich auf die Herausstreichung der eigenen Person und alles dessen, was mit ihr zusammenhängt, beschränkt. Sehr kennzeichnend ist dabei auch die von Samt schon hervorgehobene „Familienlobrednerei“, die salbungsvolle Betonung der Vortrefflichkeit der nächsten Angehörigen. „Das Ideal der Erfüllung des Guten ist für mich ein Spaziergang abends allein mit meiner Mutter“, erklärte ein Kranker. Manche Kranke haben die Neigung, sich zurückzuziehen und Träumereien nachzuhängen; „ich bin am liebsten allein; da kann man am besten seine Luftschlösser bauen“, sagte ein Kranker. Andere gefallen sich in romanhaften Erfindungen über ihre Erlebnisse, nicht in wahnhafter,

sondern in prahlerischer Weise. So behauptete ein böhmischer Landstreicher, sein Vater sei Kesselflicker in Mekka gewesen; er habe Marokko und Spanien durchreist.

Eine große Rolle spielt vielfach die Sorge um das eigene Befinden, der Stuhlgang, der Schlaf, die Nahrungsaufnahme, deren kleinste Änderungen von dem Kranken vermerkt werden und auf ärztliche Beachtung Anspruch machen. Gleichzeitig beobachtet man öfters eine auffallende Hoffnungsfreudigkeit gegenüber dem eigentlichen Leiden. Die Kranken meinen nach jedem Anfalle, er sei nur noch ganz klein gewesen; sie seien nun bald vollkommen gesund, fühlen sich, Gott sei Dank, recht wohl. „Der Anfall läßt schon nach", schrieb eine Kranke; sie werde nicht mehr so kümmerliche Sorgen haben und wünsche ein gutes neues Jahr.

Außerdem sind es religiöse Vorstellungen („Gottnomenklatur"), die mit ungemeiner Vorliebe gepflegt werden. Sei es, daß bisweilen eigentümliche, mit den Anfällen verbundene Empfindungen die Idee einer göttlichen Beeinflussung nahelegen, sei es, daß bei den hilflosen Kranken die Hoffnung auf Erlösung durch übernatürliche Macht einen besonders günstigen Boden findet — sehr häufig glauben sie, zum Himmel in einem vorzugsweise innigen Verhältnisse zu stehen, weil sie immer so brav gewesen sind und immer so fleißig gebetet haben. Sie sprechen viel vom Himmelvater und vom Teufel, vom Rosenkranz und den Sakramenten, haben fromme Zuversicht, tun alles, weil es Gottes Wille ist, fügen sich in seinen Willen, bitten um Bibel und Katechismus, gehen möglichst häufig in die Kirche, zur Beichte und lieben es, Verbindung mit dem Geistlichen zu unterhalten. Ein Kranker gab alles Geld dem heiligen Antonius, besprengte seine Sachen mit Weihwasser; eine Kranke erklärte, sie habe keine Freude am Weltlichen, wolle zu ihrem Gottvater; eine andere meinte, ihr Herrgott habe ihr den Verstand genommen.

Nicht selten werden von den Kranken Beeinträchtigungsideen geäußert. Sie fühlen sich ungerecht behandelt, unterdrückt; die Frau ist falsch und untreu; der Arzt hat es auf ihren Untergang abgesehen. Jedoch nur in wenigen Fällen kommt es, wie bereits erwähnt, zu paranoider Ausgestaltung solcher Ideen. Bisweilen bringen die Kranken konfabulierende Erzählungen vor, die wohl als Erinnerungen an deliriöse oder traumhafte Erlebnisse aufzufassen

sind. In ihnen spielen himmlische Erscheinungen und namentlich auch Selbstbeschuldigungen eine Rolle, wie sie uns in den Dämmerzuständen begegnet sind. Ein Kranker kam im Rausche auf die Polizei und behauptete, er habe seine Frau und deren Liebhaber erstochen.

Die Stimmungslage der Epileptiker ist bald gedrückt, verzagt, bald mürrisch, mißtrauisch, gereizt, bald vergnügt und selbstzufrieden, bei vorgeschrittener Verblödung oft stumpf und teilnahmslos. Ungemein häufig entwickelt sich eine dauernde Steigerung der gemütlichen Reizbarkeit, die ihre stärksten Grade in den Verstimmungszuständen und unter dem Einflusse des Alkohols gewinnt. Der Kranke wird empfindlich, launenhaft, rechthaberisch, aufbrausend, „unausstehlich grob", gerät bisweilen bei geringfügigen Anlässen in heftige Zornausbrüche mit rücksichtsloser Gewalttätigkeit; er bedroht seine Umgebung mit dem Messer, zerstört Gegenstände, macht in der Wut einen Selbstmordversuch. Ein Kranker erschoß im Jähzorn seinen Hund auf der Straße. Andere sind nachtragend und rachsüchtig. Zugleich bildet sich häufig eine starke Selbstsucht aus, die den Kranken jeden Eingriff in die eigenen Rechte ungemein lebhaft empfinden läßt, während ihn fremdes Leid sehr wenig berührt. Dazu kommt vielfach ein unglaublich hartnäckiger, bornierter Eigensinn, der den Kranken allen Überredungsversuchen gegenüber taub macht. Manche Kranke sind tückisch, verlogen, boshaft, widerspenstig und bilden die gefährlichsten Insassen der Irrenanstalten und Verbrecherabteilungen. Es muß indessen betont werden, daß die hier geschilderten schlimmen Eigenschaften nur bei einem kleinen Teile der Epileptiker nachweisbar sind. Ihnen gegenüber steht eine große, den Irrenarzt weit weniger beschäftigende Zahl von Kranken, die still, bescheiden, anhänglich, verträglich und hilfsbereit sind. Gerade eine gewisse kindlich-treuherzige Zutunlichkeit und Gutmütigkeit ist ungemein verbreitet.

Das äußere Verhalten des Epileptikers bleibt trotz hochgradigster geistiger Schwäche meist geordnet. Die Kranken sind dauernd ruhig und zugänglich, manchmal schüchtern, zurückgezogen oder mürrisch, manchmal auch redselig und lebhaft. Oft tritt in ihrem ganzen Wesen die Umständlichkeit, Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit sehr deutlich hervor. Smith fand das Sichten von Karten nach den Farben und das Werfen auf einzelne Haufen erheblich verlang-

samt. In der Regel beschäftigen sich die Epileptiker gern, suchen sich baldmöglichst irgendeine Tätigkeit, sind fleißig, sparsam und ehrlich, führen die Arbeiten zwar ungemein langsam, aber oft mit kleinlicher Gewissenhaftigkeit aus. Bisweilen entwickeln sie besondere Geschicklichkeit im Zeichnen, Schnitzen und anderen Handarbeiten, fertigen tadellose Reinschriften. Freilich pflegt ihnen dabei die Fähigkeit zu freiem, selbständigem Schaffen vollständig abzugehen. Ein recht blödsinniger Kranker lieferte mir ziemlich schwierige farbige Federzeichnungen, die von den Steindruckvorlagen nicht mehr zu unterscheiden waren, während er sich außerstande erwies, trotz genauester Anleitung ganz einfache Diagramme aus den gegebenen Zahlen herzustellen. Manche Kranke zeigen eine gewisse täppische Hilfsbereitschaft, mischen sich in alles ein, suchen Wärterdienste zu tun, ihre Mitkranken zu erziehen. Vielfach führen die Kranken im Schutze der Familie bei engster Selbstbeschränkung ein einförmiges, genau geregeltes, von kleinlichen Pflichten völlig ausgefülltes, zurückgezogenes Leben, sind überaus brav und gewissenhaft, wenn auch schrullig, engherzig und unfrei.

Andere dagegen bringen es trotz ziemlich gut erhaltener Arbeitsfähigkeit zu keiner dauernden Beschäftigung, teils, weil sie wegen ihrer Anfälle immer wieder fortgeschickt werden, teils wegen ihrer eigenen Unstetigkeit. Namentlich die Verstimmungen führen sie oft zu einem fortwährenden Wechsel ihrer Stellungen. Aber auch davon abgesehen zeigen manche Kranke eine ausgeprägte Wanderlust, treiben sich überall in der Welt herum, bis in den Orient hinein, fassen nirgends festen Fuß. So kommt es, daß sie einen erheblichen Beitrag zu den Landstreichern und Bettlern liefern, nach Werthers Angaben 7—8%. Auch unter den Verbrechern finden sich nicht wenige Epileptiker. Die Notlage, in die sie ihr Leiden versetzt, ihre Reizbarkeit und ihre beschränkte Selbstsucht, namentlich aber auch der häufige Einfluß des Alkohols tragen daran die Schuld. Lombroso hat bekanntlich gerade die Epilepsie als die eigentliche Grundlage des moralischen Irreseins und damit der geborenen Verbrechernaturen überhaupt hingestellt, eine Anschauung, die sicherlich über das Ziel erheblich hinausschießt. Öfters beobachtet man auch krankhafte geschlechtliche Neigungen.

In ihrem Benehmen zeigen die Epileptiker gewöhnlich eine gewisse feierliche, würdevolle Höflichkeit und Förmlichkeit. Sie ver-

säumen nicht, den Arzt beim Kommen und Gehen mit aller Umständlichkeit zu begrüßen, beachten gewissenhaft alle Feste, Geburts- und Namenstage, erkundigen sich nach dem Befinden und tragen Empfehlungen auf; sie kleiden sich sauber und halten auf Ordnung und Herkommen, geben allen Vorgesetzten in Anrede und Titel die Ehre, die ihnen nach ihrem Dafürhalten gebührt, nehmen öfters ein etwas süßliches, gespreiztes Wesen an. Der sprachliche Ausdruck ist vielfach unbeholfen, umschreibend, inhaltleer. Die Kranken finden die rechten Worte nicht, bilden schwerfällige, unvollkommene Sätze, bewegen sich gern in stehenden Redensarten, Gemeinplätzen, Bibelversen, Sprichwörtern. Heilbronner hat diese Eigentümlichkeiten, wohl mit Recht, zu den in Dämmerzuständen beobachteten aphasischen Störungen in Beziehung gebracht. Aus ihrer Verbindung mit der Förmlichkeit der Epileptiker entwickelt sich bisweilen eine eigentümlich hochtrabende, geschraubte Redeweise, wie sie schon in einigen der angeführten Äußerungen erkennbar ist. Einer meiner Kranken sprach von dem „immer allgegenwärtigen, verzweifelnden Täuschungssinn". Einzelne Kranke haben die Neigung, Gedichte zu verfassen. Einen guten Einblick in so manche epileptische Eigentümlichkeiten gibt vielleicht der nachfolgende Brief eines Kranken, der später in einem Erregungszustande Mord und Selbstmord beging, an den Geistlichen seines Heimatsortes:

Gestatten der Herr Pfarrer, daß ich mir erlaube, Herrn Pfarrer mit einigen Zeilen, soviel und wie ich es vermag, erfreuen zu können. Ich bekomme hierzu von ganzem Herzen Antriebe und will so meinem allerhochgeehrtesten Herrn Pfarrer meine Geistesempfindungen und körperliches Gedeihen aussprechen. Ich habe Tag und Nacht zu kämpfen, bald geistig, bald körperlich und bin froh damit, daß es so ist, sonst würde manches nicht erfüllt werden, wovon die heilige Schrift lehrt, durch unseren Herrn Jesum Christum, darum sage ich: wer auf Gott vertraut, der hat auf keinen Sand gebaut, denn ich empfand es und will somit meine Freude auch Herrn Pfarrer zuteil werden lassen, indem ich sage: Ich freue mich in Christo, von ganzem Herzen mitteilen zu können, dass alles von Gott kommt, worüber ich jetzt in keinem Zweifel mehr bin.

Dasselbige, wie ich vernommen, ist geoffenbart durch die heilige Schrift. Ich danke täglich Gott für seine Gnade allerseits, und bin froh, daß Gott mich bis hierher gebracht, denn er hat Großes an mir (uns) getan und tut noch Größeres an mir (uns) und vielen Menschen, aber selig sind diese Menschen, welche es vernehmen. Ich wurde zu jahrelangem Kampfe verwendet, sah und fühlte es, konnte mich aber nicht frei davon machen, aber Gott sei

Dank, der mir (uns) den Sieg gegeben hat durch Herrn Jesum Christum. Ich hoffe, dass ich in manchem kräftiger werde, das unruhige Schlafen hat sich gebessert.

So harre ich nun wieder der Gnade und Kraft Gottes in Christo Jesu.

Auf's allerfreundlichste grüßet Herrn Pfarrer nebst allerhochgeehrtesten Familie Georg G.

Man erkennt in dem nichtssagenden und inhaltlosen Schriftstücke leicht die Umständlichkeit, die Verschrobenheit der Ausdrucksweise, die gespreizte Höflichkeit, die Neigung zu religiösen Redensarten, das gehobene Selbstgefühl und die Hoffnungsfreudigkeit.

Sehr häufig besteht bei den Epileptikern eine erhöhte Empfindlichkeit gegen den Alkohol. Sie zeigt sich darin, daß die Kranken schon durch sehr kleine Mengen geistiger Getränke berauscht werden, starke Kopfschmerzen, öfters sogar Anfälle bekommen, bisweilen mit der Sicherheit eines Experimentes. „Die Anfälle kommen immer nach solchen Genüssen (Biertrinken); das kann seine Natur nicht vertragen", schrieb mir der Bruder eines Kranken. Einer meiner Kranken, ein Student, verfiel regelmäßig nach Kommersen in ein epileptisches Delirium, in dem er mehrfach nur mit genauer Not an der Ausführung des Selbstmordes verhindert werden konnte. Eine ganz alltägliche Erfahrung ist es, daß der Alkohol bei Epileptikern heftige Erregungszustände unter dem Bilde des komplizierten Rausches erzeugt, namentlich unter Mitwirkung von Gemütsbewegungen. Durch die von mir früher geschilderten psychologischen Versuche lassen sich unter Umständen derartige Störungen genauer verfolgen. Serog fand unter Alkoholeinfluß bei Epileptikern eine langdauernde Verstärkung der Zitterbewegungen, besonders in der Drucklinie und bei den seitlichen Schwankungen, ferner Verkürzung der Reaktionszeit und bei Assoziationsversuchen Neigung zum Haften wie zu sprachlich-motorischen und Klangassoziationen. Er sieht in diesen Störungen die Zeichen einer „psychomotorischen Übererregbarkeit" die unter dem in gleicher Richtung wirkenden Alkoholeinflusse besonders deutlich zutage tritt. Manche Kranke vertragen für gewöhnlich den Alkohol leidlich, zeigen aber die schwersten Störungen, sobald sie in Zeiten der Verstimmung geistige Getränke zu sich nehmen.

Die im vorstehenden geschilderte dauernde Veränderung der Epileptiker ist in den einzelnen Fällen außerordentlich verschieden

ausgebildet. Häufig nur leise angedeutet, in gewissen Einzelzügen oder bei besonderem Anlasse hervortretend, kann sie bis zu hochgradigem psychischem Siechtume fortschreiten. In den schwersten Fällen epileptischer Verblödung kann es zu einem Hindämmern in fast dauernder Benommenheit und Unklarheit kommen, mit äußerster Gedankenarmut und Vergeßlichkeit, einem Gemisch von Stumpfheit und auflodernder Reizbarkeit sowie der Neigung zu tierisch-roher Gewalttätigkeit. —

Auf körperlichem Gebiete treffen wir bei Epileptikern nicht selten die Spuren von Entwicklungsstörungen und früheren Hirnerkrankungen. Bisweilen bieten die Kranken kindliches Aussehen dar, öfters auch die Zeichen der Rachitis. Der Schädel ist vielfach besonders breit und niedrig, häufig verbildet; es finden sich Turmschädel, Wasserköpfe, Mikrocephalie, Asymmetrien als Folgen halbseitiger Hirnzerstörungen. Narben, Einsenkungen, Lücken am Schädel weisen auf Verletzungen hin, die Ursache oder Folge der Epilepsie sein können. In einzelnen Fällen beobachtet man die eigentümliche „epileptische Physiognomie", niedrige, fliehende Stirn bei breitem, flachem Schädel, vorspringende Stirnränder der Augenhöhlen, stark entwickelte Jochbogen und Kiefer, wulstige Lippen. Der Gaumen ist vielfach hoch und schmal; einmal sah ich Wolfsrachen. Die Pupillen sind im allgemeinen auffallend weit, nicht selten verschieden, zeigen schnelle und ausgiebige Lichtreaktion, verstärkte psychische Reflexe und lebhafte Pupillenunruhe. Im Augenhintergrunde fanden Rodier, Pansier und Cans oft Abblassung der Papille und Verschmälerung der Gefäße.

Ferner beobachtet man öfters Strabismus, Nystagmus, einseitige Ptosis, Gesichtszuckungen, Fußklonus, Zittern. Die Sehnenreflexe sind meist lebhaft. Weiler fand überwiegend steile, hohe Kurven mit gesteigerter Bremsung beim Abfall, dagegen einmal bei einem benommenen Kranken eine Pendelkurve. Fuchs berichtet über auffallende Schlaffheit der Gelenke, die oft auf einer Seite stärker ausgebildet ist. In einzelnen Fällen finden sich halbseitige Paresen oder gar spastische Lähmungen, letztere als Überbleibsel von Gehirnentzündungen. Konjunktival- und Würgreflex sind öfters herabgesetzt oder aufgehoben. Die Muskelkraft ist im allgemeinen herabgesetzt. Nach Coluccis Angaben zeigt sie viele Schwankungen, Steigerung vor, Herabsetzung nach den Anfällen. Onufro-

witz fand in gewissen Muskeln (Serrati, Cucullaris, Deltoideus) Schwäche mit Umkehr der Zuckungsformel.

Die Bewegungen sind öfters langsam, unsicher, schwerfällig, ebenso der Gang; bisweilen treten in der Erregung leichte choreaartige Zuckungen auf. Die Sprache ist in der Regel langsam, unbeholfen, manchmal stotternd und undeutlich. Clark und Scripture konnten bei einer Anzahl von Kranken ein „epileptic voice sign" auffinden, das Fehlen der sprachlichen Melodie, der Hebung und Senkung des Tones im einzelnen Vokal, ein Umstand, der die Sprache eintönig macht. Gar nicht selten lassen sich Empfindungsstörungen nachweisen. Richter[1]) fand sie bei 63% seiner Kranken, am häufigsten, bei 40,1%, fleckweise Anästhesien, allgemeine Analgesie in 12,2%, Hemihypästhesie in 10,2%. Muskens sah bisweilen vorübergehend oder dauernd völlige Analgesie, auch umschriebene, wechselnde Hyperalgesien und Analgesien, Angaben, die ich aus eigener Erfahrung bestätigen kann. Er berichtet ferner, daß sich ein etwa den oberen Dorsalabschnitten des Rückenmarks entsprechender, analgetischer Streifen vor den Anfällen nach oben und unten ausdehne, um sich dann wieder auf jene „Kernzone" zurückzuziehen und einer Hyperalgesie Platz zu machen, ein Vorgang, der ausbleibt, wenn noch weitere Anfälle unmittelbar bevorstehen. Vielfach bestehen alle möglichen Mißempfindungen, besonders Kopfschmerzen, die von den für ihre Gesundheit sehr besorgten Kranken in der eingehendsten Weise geschildert werden.

Die Körperwärme fand Besta[2]) bei 66% seiner Kranken, besonders bei Frauen, unter der Norm, oft anfallsweise, 8—12 Stunden lang, aber ohne Beziehung zu den sonstigen Anfällen. Der Blutdruck zeigte sehr unregelmäßige Schwankungen, wie auch Marro feststellen konnte; er war bei 63% der Fälle erhöht; auch die Pulszahl wechselte häufig ohne erkennbaren Anlaß. Der Schlaf ist oft durch Aufschreien und unruhige Träume erheblich gestört. Hie und da begegnen uns die Zeichen der Arteriosklerose oder syphilitischer Erkrankungen, häufiger des Alkoholismus. Redlich und Schüller konnten ferner im Röntgenbilde gelegentlich Hyperostosis porosa, Osteoporose, ferner verkalkte encephalitische Herde, Cysticerken, Tuberkel nachweisen, Befunde, die mit der genuinen

---

1) Richter, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 574; Muskens, ebenda XXXVI, 347.
2) Besta, Rivista di freniatria sperimentale, XXXII, 665.

Epilepsie nichts mehr zu tun haben. Als Spuren der Anfälle finden sich Narben aller Art, gebrochene Nasenbeine, ausgedehnte Verbrennungen, Fehlen der Vorderzähne. Die Zungenbißnarben sind in der Regel nur kurze Zeit hindurch deutlich, auf die Dauer nur, wenn sie sehr tief gingen. Holthausen berichtet, daß unter 430 von ihm untersuchten Fällen knapp die Hälfte Zungennarben aufwies.

Sehr auffallende und tiefgreifende Veränderungen pflegt das Blut der Epileptiker darzubieten. Vorster fand bisweilen nach den Anfällen eine Erhöhung des spezifischen Blutgewichtes und eine Zunahme des Hämoglobingehaltes, während Féré umgekehrt von einem Sinken dieses letzteren berichtet. Die Alkaleszenz des Blutes fanden Lui, Lambranzi, Charon und Briche, Pugh, Masoin im Zusammenhange mit den Anfällen vermindert, wohl wegen der durch die Muskelkrämpfe bedingten Anhäufung von Milchsäure, wie sie Araki und Jnouye im Harn, Rohde im Blut nachweisen konnten; Schulz kam zu negativen Ergebnissen. Das spezifische Gewicht des Blutes soll nach Dides Angaben vor dem Anfalle erniedrigt sein. Die Dichtigkeit des Blutserums fand De Buck im allgemeinen herabgesetzt, nach dem Anfalle erhöht. Eine Verringerung des Fibrinferments stellte Besta fest; dagegen soll nach Turners Angaben die Gerinnung des Blutes in der Zeit der Anfälle rascher erfolgen. Imchanitzky-Ries gibt an, daß sich bei Gerinnung von Epileptikerblut kein Serum abscheide. Todde sah bei einigen Kranken eine Herabsetzung der isolytischen Wirkung des Blutserums auf gesunde rote Blutkörperchen; Benigni beobachtete nach dem Anfalle schnellere Auflösung der roten Blutkörper durch den elektrischen Funken, während Agostini, Claude und Blanchetière die Isotonie derselben in dieser Zeit vermindert fanden. Nach Browns Untersuchungen ist die Viskosität des Blutserums bei Epileptikern besonders groß; sie nimmt vor dem Anfalle zu, nachher ab. Die antiproteolytische Kraft des Blutserums untersuchte Rosenthal[1]); er fand sie vor den Anfällen meist gesteigert, nachher herabgesetzt. Als ihren Träger betrachtet er lipoide Abbaustoffe, ist aber geneigt, in erster Linie eine Abschwächung der den intermediären Eiweißabbau befördernden Drüsenleistungen zur Erklärung heranzuziehen. Pighini konnte durch Verfolgung des Abbaues von Nukleinsäuren im Blutserum eine Abnahme der Nuklease nachweisen, ebenso

[1]) Rosenthal, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. III, 588.

Juschtschenko; beide fanden auch die Katalasewirkung des Serums herabgesetzt.

Der nicht in Form von Eiweiß gebundene „Reststickstoff“ des Blutes ist nach den Befunden Krainskys, die von Teeter, Rohde, Allers bestätigt wurden, im Anschlusse an die Anfälle vermehrt. Mass konnte in vier Fällen zeigen, daß auch die Menge des „Restkohlenstoffes“, der kohlenstoffhaltigen Substanzen, die nach Ausfällung mit Phosphorwolframsäure noch in Lösung bleiben, durchweg gesteigert ist. Erhöhten Cholesteringehalt des Epileptikerblutes beschreiben Flint und Pighini, während Bornstein in neun von elf Fällen eine Vermehrung des Lezithins beobachtete, den er, wie bei der Paralyse und Tabes, als den Ausdruck eines verstärkten Abbaues von Nervengewebe betrachtet.

Vermehrte Giftigkeit des Blutplasmas nach dem Anfalle führen Agostini und Cololian an, und auch Cabitto[1]) fand, daß Blutserum von Epileptikern bei Kaninchen Krämpfe hervorrief, während De Buck es zwar auf Epileptiker, aber nicht auf Kaninchen giftig wirken sah. Imchanitzky-Ries entdeckte im Blute der Epileptiker Arsen, besonders bei starker Häufung der Anfälle. Ceni[2]) beobachtete, daß Epileptikerblut in Hühnereiern Mißbildungen erzeugte. Er spritzte ferner Blutserum demselben oder anderen Kranken ein und berichtet über giftige oder heilende Wirkungen. Das Serum von Kaninchen, die mit Epileptikerblut behandelt waren, erzeugte bei den Kranken örtliche und allgemeine Störungen, insbesondere Verwirrtheitszustände mit Temperatursteigerung, während es bei Gesunden nur geringfügige Erscheinungen verursachte; ebenso blieb das Serum von gewöhnlichen oder von solchen Kaninchen, die mit gesundem Blute vorbehandelt waren, ohne Wirkung. Ceni hat diese Beobachtungen durch eine verwickelte Theorie zu erklären gesucht, doch konnten eine Reihe von Nachuntersuchern, so Catola, Hebold und Bratz, Sala und Rossi, Wende, Gerhartz, Schuckmann, Roncoroni, seine Erfahrungen nicht bestätigen. Meyer[3]), der je 10—15 ccm defibriniertes Blut Meerschweinchen in die Bauchhöhle spritzte, fand das Blut

[1]) Cabitto, Rivista sperimentale di freniatria, XXIII, 36.

[2]) Ceni, Rivista sperimentale di freniatria, XXXI, 239; XXXII, 451; Schuckmann, Monatsschrift f. Psychiatrie, XIX, 332; Sala und Rossi, Neurol. Zentralbl. 1903, 832.

[3]) Meyer, Monatsschrift f. Psychiatrie, XXXI, 56.

von Gesunden nahezu wirkungslos und erhielt mit dem in den Anfallspausen von Epileptikern gewonnenen Blute wechselnde Ergebnisse. Dagegen erzeugte das unmittelbar nach Anfällen abgenommene Blut Krämpfe, das aus Dämmerzuständen stammende nicht. Auch das Blut von Spätepileptikern blieb ohne Wirkung.

Wie zuerst Krumbmiller nachwies, zeigt sich unmittelbar nach dem Anfalle im Blute der Kranken eine sehr erhebliche Vermehrung der weißen Blutkörperchen, die sich indessen sehr rasch, binnen längstens einer Stunde, wieder verliert. Eine große Reihe von Forschern hat diese Beobachtung bestätigen können. Savary und Pearce erzeugten durch Einspritzen von defibriniertem Epileptikerblut aus der Zeit des Anfalles auch bei Kaninchen Leukocytose. Rohde stellte fest, daß es sich im epileptischen Anfalle hauptsächlich um eine Zunahme der Lymphocyten, der großen mononukleären Zellen und der eosinophilen Zellen handelt, während die Zahl der polynukleären Leukocyten weniger stark anstieg, ein Befund, den auch Savary und Pugh erheben konnten; daneben fanden sich Türksche Reizungsformen und punktierte Erythrocyten. Morselli und Pastore, Neusser, Zappert, Machie, Pugh sahen ebenfalls nach den Anfällen eine Zunahme der eosinophilen Blutzellen; nach den Angaben der erstgenannten Forscher nehmen sie einige Tage vor dem neuen Anfalle wieder ab. Campioni fand in den Anfallspausen Vermehrung, während des Anfalls Verminderung der eosinophilen Blutkörperchen. Klippel beschreibt dagegen nach dem Anfalle eine relative Verminderung der eosinophilen, eine Vermehrung der polynukleären Leukocyten, auch der roten Blutkörperchen; letzteres und eine Zunahme des Hämoglobingehaltes beobachtete auch De Buck.

Den Schweiß der Epileptiker fand Cabitto giftig, Mavrojannis nicht. Den Druck in der Schädelrückenmarkshöhle sahen Redlich und Pötzl bald dauernd, bald nur vor oder nach den Anfällen erhöht, seltener normal oder erniedrigt. Donath glaubte fast regelmäßig Cholin in der Cerebrospinalflüssigkeit nachweisen zu können, das er als ein krampferzeugendes Zerfallsprodukt des Nervengewebes betrachtet, doch wurde von Mansfeld die Brauchbarkeit des von ihm zum Cholinnachweise benützten Verfahrens bestritten. Kutscher und Rieländer, Kauffmann und Handelsmann konnten Cholin im Liquor nicht auffinden. Mit der nach einem An-

falle gewonnenen Lumbalflüssigkeit vermochte Donath bei Tieren durch Einspritzung in die Hirnrinde allgemeine Krämpfe zu erzeugen; auch Dide und Saquépée, Pellegrini, Subsol berichten über Giftwirkungen der Cerebrospinalflüssigkeit nach den Anfällen. Im Magensafte stellte Agostini Vermehrung des Salzsäuregehaltes fest, abnorme Gärungsprodukte, Herabsetzung der Verdauungskraft, der Empfindlichkeit, der Beweglichkeit, der Aufsaugungsfähigkeit des Magens. Vor dem Anfalle, noch mehr aber kurz nachher, war der Magensaft in erhöhtem Maße giftig. Auch Leubuscher beobachtete vermehrte Salzsäureausscheidung im Magen, ebenso De Groot, der nach den Anfällen eine Erweiterung des Magens feststellte. Borsos sah die Schilddrüse nach den Anfällen anschwellen.

Weit größere Bedeutung jedoch, als die meisten dieser wechselnden, unsicheren und vieldeutigen Befunde, dürfen wohl die Feststellungen beanspruchen, die über das Verhalten des Harns und weiterhin über die eigentümlichen Schwankungen des Stoffwechsels[1]) bei Epileptikern von den verschiedensten Forschern erhoben worden sind. Die Harnmenge zeigt, wie Féré, Alessi und Pieri, Rabow, Masoin u. a. dargetan haben, nach den Anfällen eine bald stärker, bald schwächer ausgesprochene Zunahme. Nach Rohdes Auffassung handelt es sich nur um den Ausgleich einer vorher bestehenden Verminderung, die demnach als die wesentliche Störung anzusehen wäre. Sodann haben Huppert, Voisin und eine ganze Anzahl weiterer Forscher nachgewiesen, daß nach den epileptischen Anfällen, besonders wenn eine Reihe derselben aufeinanderfolgen, häufig für kurze Zeit Eiweiß im Harn auftritt, eine Erfahrung, die vielfach bestritten, aber neuerdings von Rohde, Allers, Hallager bestätigt worden ist. Hie und da finden sich im Harn auch hyaline oder granulierte Zylinder; bei Nierenkranken zeigt sich eine Steigerung des gewöhnlichen Eiweißgehaltes. Zweifellos stehen diese Störungen mit den Muskelkrämpfen in Zusammenhang, da sie einerseits bei epileptiformen Anfällen aller Art beobachtet werden, andererseits beim Status epilepticus ohne Krämpfe fehlen; doch

[1]) Kauffmann, Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels, II. Die Epilepsie. 1908; Masoin, Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie. 1904; Hoppe, Wiener klinische Rundschau, 1903, 45; De Buck, Bull. de la société de médicine mentale de Belgique. 1907; Rohde, Deutsches Archiv f. klin. Medizn 1909, 148; Allers, Journal f. Psychol. u. Neurol., XVI, 137; Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Refer. IV, 833 (Literatur); Tintemann, Monatsschr. f. Psych., XXXII, 1.

will Hallager sie auch nach Anfällen von petit mal beobachtet haben. Voisin und Péron haben sie auf eine Nierenstauung zurückgeführt; Rohde denkt an Schädigung der Nieren durch im Blute kreisende Giftstoffe, während Allers eine „Säurequellung“ der Nieren infolge der besonders durch die Krämpfe bedingten Milchsäurebildung annimmt.

Eine Reihe von wichtigen Tatsachen hat die Durchforschung der stickstoffhaltigen Harnbestandteile aufgedeckt. Über die Gesamtstickstoffausscheidung liegen sehr auseinanderweichende Angaben vor. Die neuesten Untersuchungen von Rohde, mit denen die Erfahrungen von Tintemann und Allers übereinstimmen, haben ergeben, daß vor dem Anfalle wenigstens in manchen Fällen die Stickstoffausfuhr herabgesetzt ist, dann bis kurz nach dem Anfalle ansteigt, um von neuem zu sinken. Es findet also vor dem Anfalle eine Zurückhaltung von Stickstoff im Körper statt, die sich nachher wieder ausgleicht. Rohde hat es wahrscheinlich gemacht, daß es sich dabei nicht um den Ansatz von Körpereiweiß handelt, sondern um eine Anhäufung von „zirkulierendem Eiweiß“ oder von niedereren stickstoffhaltigen Verbindungen. Die ausgeschiedenen Harnstoffmengen scheinen im allgemeinen denen des Gesamtstickstoffes zu entsprechen.

Schwankungen der Harnsäureausscheidung wurden zuerst 1888 von Haig beschrieben. Er fand, daß vor dem Anfalle weniger, nach demselben aber mehr Harnsäure ausgeschieden werde, als sonst. Auch Savanpearce, Alessi, Agostini, de Buck fanden vor den Anfällen eine starke Herabsetzung der Harnsäureausscheidung, andere wenigstens eine Steigerung nach denselben, während Herter und Smith, Couvreur, Putnam und Pfaff, Guidi, Hoppe keine regelmäßigen Beziehungen zwischen den Schwankungen der Harnsäureausscheidung und den Anfällen feststellen konnten. Andererseits gelang es Krainsky[1]), geradezu aus der Vermehrung oder Verminderung der Harnsäureausscheidung die Anfallstage zu erkennen und sogar vorauszusagen; dagegen beobachtete Mainzer[2]) Schwankungen der Harnsäureausscheidung ohne Anfälle und umgekehrt Anfälle ohne solche Schwankungen. Weitere Einblicke wurden hier durch

[1]) Krainsky, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 612; Pathogénie et traitement de l'épilepsie. 1901.

[2]) Mainzer, Monatsschrift f. Psychiatrie, X, 69.

die getrennte Betrachtung des endogenen und exogenen Purinstoffwechsels erreicht. Rohde fand bei purinfreier Kost während der Anfallspausen manchmal auffallende Schwankungen in der Harnsäureausscheidung. Nach dem Anfalle beobachtete er mehrfach, wie Tintemann und Allers bestätigen konnten, eine erhebliche Vermehrung der Harnsäure, die er auf den Untergang von kernhaltigen Körperzellen, wahrscheinlich der in großer Zahl auftretenden Leukocyten, zurückführt. Diese Ansicht wird von Tintemann bekämpft, da gelegentlich schon vor dem Anfalle eine Steigerung der Harnsäureausscheidung auftrat, und da sie weiterhin auch bei sehr geringer Leukocytenvermehrung ausgesprochen war. Die Verarbeitung von außen zugeführter Purinkörper war bei den meisten Kranken Rohdes gestört; die Ausscheidung ihrer Abkömmlinge erfolgte verlangsamt und unvollständig. Die Zufuhr von Hefenukleinsäure oder von purinreicher Nahrung (Kalbsbries) hatte einigemal Anfälle zur Folge.

Nach den Angaben von Rachford soll der Anfallsharn mancher Epileptiker erhebliche Mengen von Paraxanthin enthalten, das sonst nur spurweise vorhanden ist. Rossi fand nach dem Anfalle eine Vermehrung des Kreatinins, Skutetzky zugleich auch eine solche des Kreatins; beides dürfte durch die Muskelarbeit bedingt sein. Masoin konnte nur unregelmäßige Schwankungen in der Ausscheidung jener Stoffe feststellen; Kauffmann sah hie und da eine Zunahme des Kreatinins, bisweilen schon vor dem Anfalle.

Sehr viel untersucht worden ist die Phosphorsäureausscheidung; sie wurde von den meisten Forschern nach den Anfällen erhöht gefunden, so neuerdings von Guidi und Guerri, Masoin, Ronconi, Rohde, der auf die Übereinstimmung mit dem Verhalten der Harnsäure hinweist. Löwe hat dann gezeigt, daß insbesondere der Anteil der organisch gebundenen Phosphorsäure an der Gesamtphosphorsäure des Harns nach den epileptischen, aber auch nach andersartigen Anfällen erhöht ist. Er führt dieses Verhalten auf den Zerfall von Körpergeweben, vielleicht auch von Leukocyten zurück; Allers weist auf die Möglichkeit hin, daß es sich vielleicht auch um Störungen des exogenen Purinstoffwechsels handeln könne. Die Angaben über die Ausscheidung des Schwefels im Harn liefern nicht viel Ausbeute. Masoin gibt an, daß eine Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren mit dem Nahen des Anfalles stattfinde, die

dann wieder verschwindet, ähnlich Galante und Savini, Moore, Herter. Kauffmann fand vor und nach den Anfällen eine erhebliche verhältnismäßige Zunahme des Neutralschwefels.

Die Ammoniakausscheidung im Harn sah Guidi bis zum Tage nach dem Anfalle anwachsen, um dann wieder abzunehmen; Rohde fand ebenfalls in und nach dem Anfalle eine deutliche Vermehrung, die hie und da auch schon vorher angedeutet war. Sie steht zweifellos in Beziehung zu der Acidität des Harns, die nach dem Anfalle sehr erheblich vermehrt ist, wie Blanda, Galdi und Tarugi, Rohde, Allers, Garrod nachgewiesen haben. Zum Teil trägt daran die früher besprochene Zunahme der Phosphorsäure Schuld. Außerdem aber kommt namentlich die wohl durch die Muskelkrämpfe erzeugte Milchsäure in Betracht. Allerdings konnte Rohde schon vor dem Anfalle eine Zunahme der ätherlöslichen Säuren nachweisen und vermutet deswegen noch andersartige Störungen; er wie Kauffmann konnten eine Erschwerung der Verbrennung von Milchsäure und milchsauren Salzen im Epileptikerkörper feststellen. Paoli beschreibt eine Herabsetzung der Hippursäureausscheidung bei Epileptikern, besonders an Anfallstagen.

Über den Mineralstoffwechsel ist wenig Sicheres und Bemerkenswertes bekannt. Die Chlorausscheidung scheint nach den Erfahrungen Rohdes und Kauffmanns keine deutlichen Abweichungen zu zeigen. Die Kalk- und Magnesiumsalze sollen, wie manche Untersucher, so Féré, Lépine und Jaquin, Audenino und Bonelli, Bornstein, angeben, nach den Anfällen vermehrt sein. Den Gasstoffwechsel fanden Bornstein und Stromann im allgemeinen nicht verändert. Dagegen konnte ersterer durch Prüfung mit Atemluft von wechselndem Kohlensäuregehalt in 5 Fällen sehr erhebliche Schwankungen in der Erregbarkeit des Atemzentren feststellen.

Die Diazoreaktion wurde von Masoin öfters, namentlich bei stärkerer Verblödung und körperlichen, vasomotorischen Störungen nachgewiesen. Nach Anfällen, besonders auch im Status epilepticus, beobachteten Tomasini und Masoin Acetonurie, wie sie auch sonst bei Erregungszuständen vorkommt. Kempner stellte nach Anfällen verschiedener Art, gelegentlich auch schon vorher, eine Vermehrung des Aminostickstoffs fest. Baugh berichtet über ein Sinken der Indoxylausscheidung vor den Anfällen, ein Sinken nachher; Sala und

Rossi beobachteten eine Vermehrung des Indikans an Anfallstagen, Rodiet vor den Anfällen; Kauffmann fand starke Schwankungen ohne feste Beziehung zu den Anfällen, ferner eine Zunahme der Phenole; Pini und Allers sahen gelegentlich eine Vermehrung der Glykuronsäure. Die Fähigkeit, verfüttertes Benzol in Phenol umzuwandeln, soll nach den Untersuchungen von Ferranini, Paoli, Florence und Clement vor dem Anfalle bzw. während desselben verzögert sein; auch die Verarbeitung von Dextrose und Lävulose scheint gestört zu sein. Eine Vermehrung der nicht dialysierbaren Harnbestandteile ergab sich bei den Untersuchungen Löwes. Einspritzungen bei Kaninchen zeigten, daß in dem Dialysenrückstand namentlich nach Anfällen „pesotoxische", d. h. anfallerzeugende Stoffe vertreten waren; in geringerem Grade traf das auch nach alkoholepileptischen Anfällen zu. Der in Alkohol nicht lösliche Anteil des Rückstandes erwies sich als besonders wirksam. Gesteigerte Muskeltätigkeit war auf die Vermehrung der Harnkolloide ohne Einfluß.

Auch sonst sind die vom Epileptikerharn ausgeübten Giftwirkungen vielfach untersucht worden. Schon Bouchard und Voisin gaben an, daß der Harn vor den Anfällen eine geringere, nach denselben eine größere Giftigkeit für Kaninchen besitze, als in den Zwischenzeiten. Agostini[1]) fand den Harn unmittelbar vor und nach dem Anfalle am giftigsten. Ferranini sah das spezifische Gewicht und die Giftigkeit des Harns nach dem Anfalle steigen. Dem gegenüber kamen Roncoroni zu sehr schwankenden, Hebold und Bratz zu völlig negativen Ergebnissen in dieser Frage. Pfeiffer und Albrecht prüften neuerdings die temperaturerhöhende Wirkung des Epileptikerharns durch Einspritzung bei Meerschweinchen. Sie fanden sie dauernd gesteigert; vor dem Anfalle sank sie, um einige Stunden nachher wieder stärker zu werden. Darreichung von Gypsin bewirkte eine Zunahme, diejenige von Stypticin eine Abnahme der Harngiftigkeit.

Um diesen kurzen Überblick über die wichtigsten bisherigen Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen bei Epileptikern noch einmal in gedrängtester Form zusammenzufassen, gebe ich zum Schlusse ein Diagramm von einer Versuchsreihe Rohdes, aus dem das Verhalten einiger Ausscheidungen während eines achttägigen Zeitraums, in den sechs Anfälle fielen, ersichtlich wird. Dazu muß

[1]) Agostini, Rivista sperimentale di freniatria, XXII, 267.

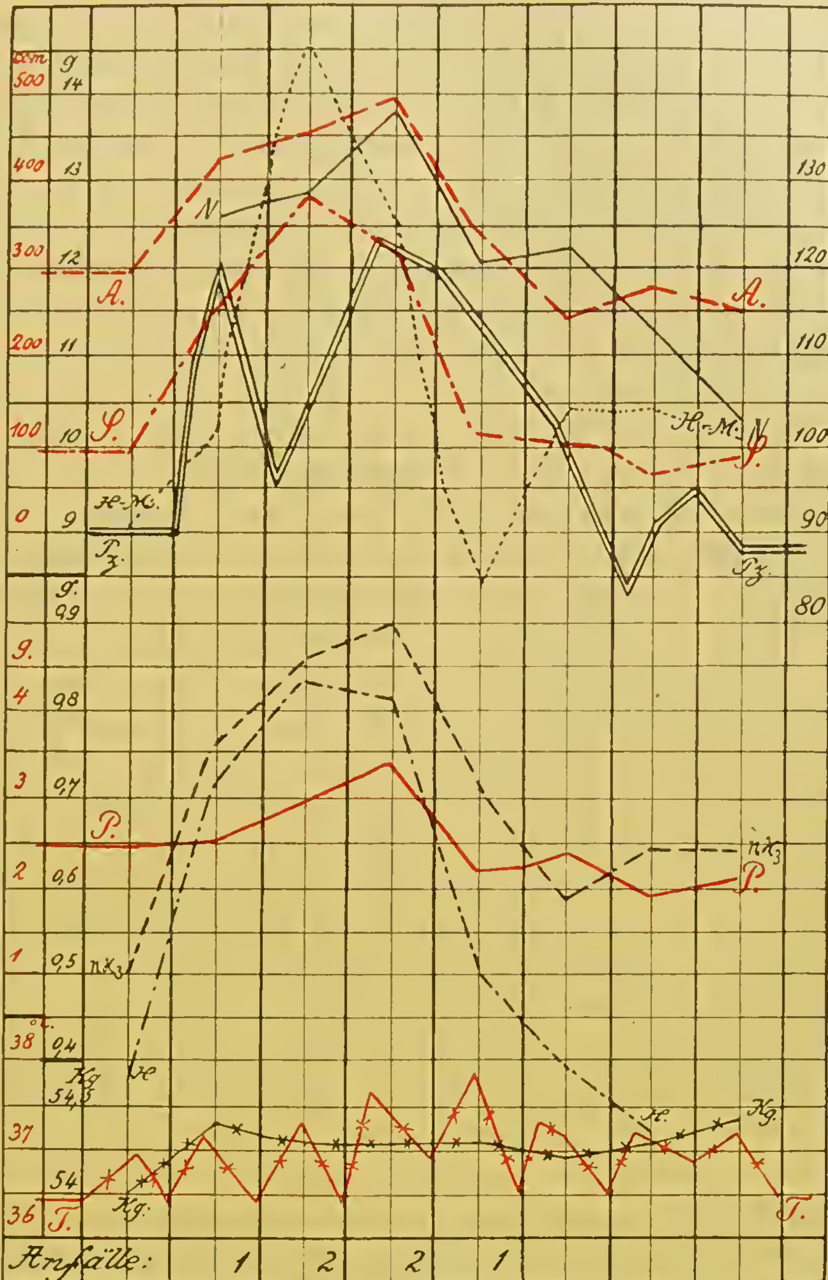


Fig. 196. Stoffwechsel während einer Anfallswoche (Epilepsie).

——— N-Ausfuhr in g	——— Phosphorsäure (P)
– – – – NH_3-Ausfuhr in 0,1 g	-×-×-×- Temperatur (T)
– · – · – Harnsäureausfuhr in 0,1 g (H)	– – – – Acidität des Harns in 100 ccm $^1/_{10}$ N-Säure (*A*)
········ Harnmenge in 100 ccm (H-M)	– · – · – Acidität des Ätherextrakts in 100 ccm $^1/_{10}$ N-Säure (*S*)
-×-×-×-×- Körpergewicht in Kilogr. (Kg)	
═══ Puls (Pz)	

bemerkt werden, daß die Befunde trotz peinlichster Einhaltung aller Vorsichtsmaßregeln keineswegs bei allen Kranken und bei allen Anfällen völlig übereinstimmten, sondern allerlei, einstweilen noch unaufgeklärte Unregelmäßigkeiten aufwiesen. In unserer Darstellung (Fig. 196) sind acht Tage auf der Abszissenachse angedeutet, an deren zweitem und fünftem je ein Anfall eintrat, während am dritten und vierten je zwei Anfälle stattfanden. Als Ordinaten sind eingetragen der ausgeschiedene Stickstoff (N) und die Phosphorsäure (P) in Gramm, das Ammoniak (NH_3) und die Harnsäure (H) in $^1/_{10}$ g, die Harnmenge (H-M) in 100 ccm, die Acidität (A) und die ätherlöslichen Säuren (S) in 100 ccm $^1/_{10}$ Normalsäure.

Man erkennt hier, daß die Harnmenge in der Anfallszeit vermehrt ist, um dann vorübergehend abzunehmen. Die Stickstoffausscheidung erwies sich demnach vor den Anfällen deutlich herabgesetzt; es wurden täglich 1—2 g im Körper zurückgehalten. In der Anfallszeit steigerte sich die Ausfuhr, um danach wieder abzunehmen. Harnsäure wurde während der Anfallszeit in erheblich größerer Menge ausgeschieden, doch ließ sich eine Verminderung vor den Anfällen nicht nachweisen. Diesem Vorgange entspricht mit einer gewissen Verspätung die Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung, die aus der gleichen Quelle entspringen dürfte wie die Zunahme der Harnsäure. Die Acidität war in der Anfallszeit sehr beträchtlich erhöht; ihr entsprach eine Vermehrung des Ammoniaks, die sich durch Darreichung von Alkalien beseitigen ließ, also unmittelbar durch die Zunahme der Säuren verursacht wurde. Als Säuren kamen in Betracht einmal die Harnsäure, dann die Phosphorsäure, weiterhin aber auch noch die ebenfalls reichlich auftretenden ätherlöslichen Säuren, unter denen sich vor allem Rechtsmilchsäure nachweisen ließ. Die Ausscheidung der Säuren begann öfters schon vor dem Einsetzen der Anfälle und verlor sich, wie in dem wiedergegebenen Beispiele, bereits vor Abschluß der Anfallszeit. Außer diesen Ergebnissen ist noch zu erwähnen, daß der Blutdruck in der Anfallszeit zu steigen pflegte, ebenso die Pulszahl (Pz) und ein wenig auch die Körperwärme (T), während das Körpergewicht (Kg) eine geringe Abnahme erfuhr. —

Der allgemeine Verlauf der Epilepsie pflegt ein langsam fortschreitender zu sein. Im Beginne sind die Anfälle in der Regel leichter und seltener, um dann im Laufe der Jahre allmählich an

Häufigkeit und Schwere zuzunehmen. Am häufigsten beträgt die Anfallspause einige Wochen; in schweren Fällen können die Krämpfe täglich auftreten, während unvollkommene Anfälle bisweilen alle Tage in großer Zahl beobachtet werden. Eine Abhängigkeit der Anfälle von den Mondphasen, wie man sie ehemals annahm („Mondsucht"), besteht nicht; die dahin gehenden Beobachtungen beziehen sich wohl auf Hysterische. Auch sonst läßt sich eine Beeinflussung durch Witterungsverhältnisse im allgemeinen nicht nachweisen, doch berichtet Halbey, daß plötzliche, starke Schwankungen des

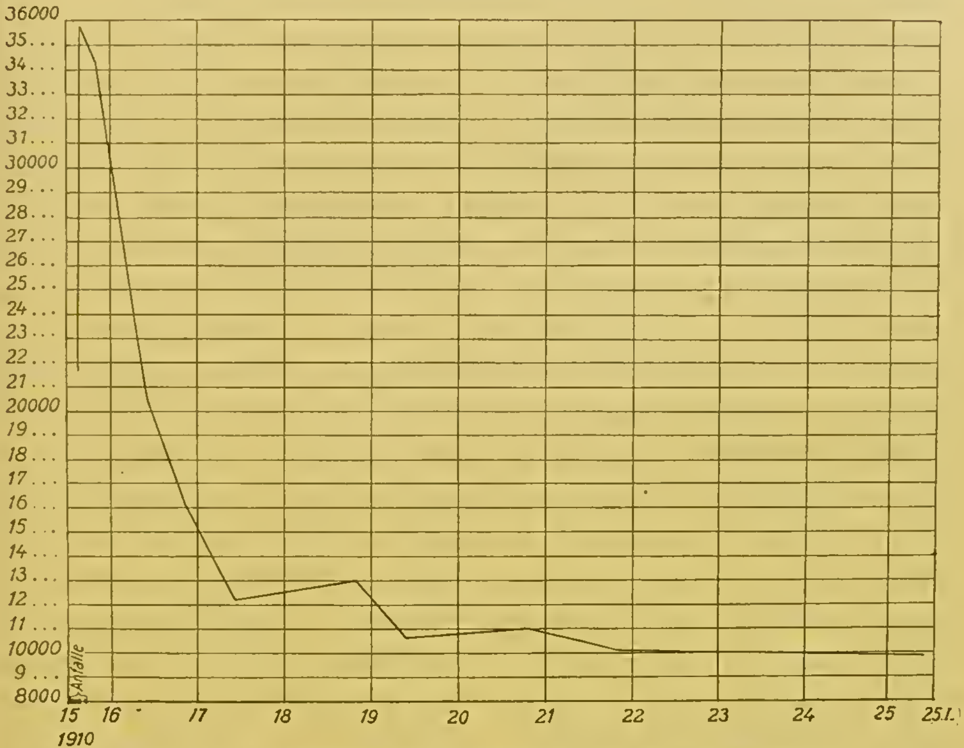


Fig. 197. Zunahme der Leukocyten im Status epilepticus.

Luftdrucks die Zahl der Anfälle steigern können. In fieberhaften Krankheiten können die Anfälle zeitweise aussetzen, um später wiederzukehren.

Unter Bedingungen, die wir noch nicht näher kennen, kann es zu jener gefahrdrohenden Häufung der Anfälle kommen, die wir als Status epilepticus („état de mal") bezeichnen. Wir sehen dann, daß sich die Krämpfe in ganz kurzen Pausen aneinanderschließen, bis zu 20 oder 30 binnen 24 Stunden, und daß die Kranken in den Zwischenzeiten nicht klar werden, sondern benommen und unbe-

sinnlich daliegen. Zugleich beginnt die Körperwärme anzusteigen, bisweilen zu sehr hohen Graden, bis zu 41, 42 Grad und darüber. Die Zahl der Leukocyten im Blute nimmt dabei sehr rasch und erheblich zu, wie das beigegebene Diagramm (Fig. 197) erkennen läßt. In ihm sind die Leukocytenzahlen während eines Status epilepticus, der mit 9 Anfällen im Verlaufe von 5 Stunden einherging, in Form einer Kurve für eine Reihe von Tagen eingetragen. Nachdem die verhältnismäßig kurze Kette von Anfällen abgelaufen war, befand sich der Kranke noch wochenlang in einem Zustande von Benommenheit, dem sich zeitweise delirante Erscheinungen hinzugesellten.

Während die Stärke der Krämpfe allmählich abnimmt, entwickelt sich rasch äußerste Hinfälligkeit der Kranken, die nicht mehr imstande sind, sich aufzusetzen, Nahrung zu sich zu nehmen, zu schlucken, nur noch lallend sprechen und unter sich gehen lassen. Die Atmung ist beschleunigt, rasselnd, der Puls anfangs gespannt, späterhin klein, sehr frequent. In den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen sind die Kranken öfters deliriös, erregt, machen Greifbewegungen, schreien, scheinen zu halluzinieren. Nach 1—2tägiger Dauer des Zustandes lassen entweder die Krämpfe nach, und es vollzieht sich dann binnen einigen Tagen die Genesung, oder aber die Schwäche und Benommenheit steigert sich unter andauerndem Fieber zu tiefer Bewußtlosigkeit, in der das Ende erfolgt. In seltenen Fällen kann sich dieses Zustandsbild auch nach einigen wenigen Krampfanfällen oder ganz ohne solche entwickeln. Die Kranken verfallen ohne erkennbaren Anlaß in schwere, fortschreitende Benommenheit, die unaufhaltsam zum Tode führen kann. Wir dürfen daraus schließen, daß die Anfälle nicht als Ursache des Status epilepticus, sondern nur als seine Begleiter anzusehen sind. Die gemeinsame Grundlage mag ein zur „Hirnschwellung" führender krankhafter Vorgang bilden, dessen anatomischen Ausdruck wir später kennen lernen werden.

In manchen Fällen kann sich das Leiden längere Zeit hindurch auf nächtliche Anfälle beschsänken, bis dann eines Tages, namentlich unter Mitwirkung des Alkohols, der erste Anfall im Wachen auftritt. Ebenso beobachtet man nicht selten Jahre hindurch zunächst nur leichte Schwindelanfälle oder Verstimmungen, bevor die Krampfanfälle einsetzen. Reihenartige Häufung der Anfälle bildet sich meist erst nach längerem Bestande der Krankheit heraus, doch habe ich

einen Fall beobachtet, in dem das Leiden bei einem 19jährigen jungen Menschen sofort mit einem Status epilepticus begann, dem er erlag. Der Leichenbefund bestätigte das Vorliegen einer Epilepsie; die Möglichkeit, daß hier frühere, nächtliche Anfälle unbemerkt geblieben waren, läßt sich natürlich nicht ausschließen.

Die verschiedenen Erscheinungsformen der Epilepsie können sich in der mannigfaltigsten Weise miteinander verbinden. Meist trifft man bei demselben Kranken mehrere Formen von klinischen Störungen an, wenn auch die eine oder andere vorherrscht; seltener bleibt es dauernd bei der gleichen Art von Anfällen, so daß nur Krämpfe, Schwindelanfälle, Absenzen, Verstimmungen oder Dämmerzustände auftreten, ein Verhalten, das die Erkennung des Leidens sehr erschweren kann, wenn sich nicht dann doch einmal zwischendurch noch ein andersartiges Äquivalent einstellt.

Im weiteren Verlaufe des Leidens, meist innerhalb der ersten 5—6 Jahre, entwickelt sich vielfach nach und nach die oben beschriebene Veränderung der gesamten psychischen Persönlichkeit. Sie schien mir am stärksten bei sehr frühem Beginne der Epilepsie zu sein, während sie bei späterem Einsetzen des Leidens oft ganz ausbleibt. Doch gibt Féré an, daß sich in höherem Alter die Verblödung auffallend rasch einstellen könne, bisweilen ziemlich plötzlich nach einem bestimmten Anfalle. Bei Häufung von schweren Anfällen pflegt die Verblödung kaum je auszubleiben; auch das Auftreten sehr zahlreicher kleiner Anfälle ist meist als ein sehr ungünstiges Zeichen zu betrachten. Heilbronner hat jedoch mit Recht darauf hingewiesen, daß keine unverbrüchliche Beziehung zwischen der Zahl oder Schwere der Anfälle und dem Grade der sich entwickelnden Verblödung besteht. Auch wenn die Anfälle im Krankheitsbilde gar nicht besonders stark hervortreten, kann doch der geistige Rückgang sehr deutlich sein; Marchand und Nouët sahen die Entwicklung von Schwachsinn trotz Besserung der Anfälle. Wir haben wohl daran zu denken, daß nicht nur die Art, sondern vor allem auch der Sitz der krankhaften Veränderungen, die dem Leiden zugrunde liegen, für die Gestaltung des klinischen Bildes, die Stärke und Häufigkeit der Anfälle einerseits, den Grad der Verblödung andererseits, von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Bisweilen tritt die Verblödung schon innerhalb der ersten Jahre ganz unverkennbar hervor; auch hier kann man öfters die Ver-

schlechterung des Zustandes im Anschlusse an eine bestimmte Anfallsreihe deutlich feststellen. Die Kranken kommen aus der die Krämpfe begleitenden Benommenheit nicht recht wieder heraus, bleiben lange reizbar, unklar und schwerfällig in Auffassung und Bewegungen, so daß sie beim Einsetzen eines neuen Anfalles noch nicht frei geworden sind. Man kann sich dabei überzeugen, daß die wesentlichen Eigentümlichkeiten des epileptischen Charakters gewissermaßen abgeschwächte Überreste der mit den Anfällen einhergehenden psychischen Störungen darstellen. Andererseits kann aber die epileptische Veränderung selbst nach langer Krankheitsdauer ganz fehlen oder nur leicht angedeutet sein. Wildermuth fand nur bei 47% der außerhalb der Anstalten befindlichen Epileptiker geistige Schwäche, dagegen bei 78% der Anstaltsinsassen; Bratz betrachtet nur 15,8% seiner Anstaltsepileptiker als geistig gesund. Finkh fand geistige Schwächezustände in 45% seiner Fälle, und zwar bei der Frühepilepsie in 51,6%, bei der Spätepilepsie nur in 24% der Fälle. Öfters sieht man nur eine Veränderung des Charakters sich herausbilden, während die Verstandesleistungen dauernd ungestört sind oder sogar über dem Durchschnitte liegen. Ob es sich hier um Abstufungen in der Stärke des Leidens oder um Artverschiedenheiten handelt, soll späterhin erörtert werden.

Gegenüber der großen, die Aufmerksamkeit vor allem erregenden Masse von Fällen, in denen das Leiden die unverkennbare Neigung zeigt, allmählich fortzuschreiten, ist jedoch zu betonen, daß durchaus nicht selten auch weit günstigere Verlaufsarten beobachtet werden. In der Vorgeschichte zahlreicher Kranker, die aus ganz anderem Anlasse erhoben wird, hört man berichten, daß eine Zeitlang, namentlich in der Jugend, Anfälle aufgetreten sind, die sich späterhin verloren; freilich wird dabei die Deutung jenes früheren Leidens in der Regel zweifelhaft bleiben. Man sieht aber weiterhin gelegentlich, daß die früher, unter Umständen viele Jahre hindurch, beobachteten Anfälle vollständig aussetzen, um sich erst nach einem Jahrzehnt oder noch später hie und da wieder zu zeigen. Endlich gibt es Fälle genug, in denen das ganze Leben hindurch mit großen, selbst Jahrzehnte betragenden Pausen vereinzelte epileptische Anfälle auftreten, ohne daß sich sonstige Störungen bemerkbar machten. Schnitzer sah Pausen von 5, 7, 10 und mehr Jahren, Wharton Sinkler solche bis zu 29 Jahren, und Finkh berichtet

über zwei Fälle, in denen nach Anfällen in der Jugend die Krankheit 45 bzw. 56 Jahre hindurch verschwunden schien, um dann von neuem einzusetzen.

Der Ausgang des Leidens ist, wie schon angedeutet, entweder Heilung oder ein bald schwächer, bald stärker ausgeprägtes Siechtum, das zum Teil durch die Anfälle und deren Begleiterscheinungen selbst, zum Teil aber durch die allmählich sich ausbildende allgemeine psychische Veränderung bedingt wird. Habermaas[1]) berichtet, daß von seinen Kranken 10,3% vollkommen geheilt wurden, 17,3% wenigstens nicht verblödeten, während 49% als dauernd gänzlich erwerbsunfähig anzusehen waren. Nothnagel führt 5%, Lähr 6%, Ackermann 7,6%, Wildermuth 8,5%, Dana 8—10%, Reynolds 10%, Turner 10,2%, Alt 12,5% Heilungen auf, Zahlen, die sich bei der Verschiedenheit des Krankenmaterials, der Begriffsbestimmung und der Heilungskennzeichen nicht allzuweit voneinander entfernen. Volland gibt an, daß von 4215 Epileptikern aus Bethel 245 geheilt entlassen wurden; von den 138, deren Schicksale weiter verfolgt werden konnten, waren 83 gesund geblieben, während 49 wieder erkrankten und 6 zwar ohne Krämpfe, aber geistig minderwertig waren. Danach würden bei strengeren Anforderungen wohl nur 2—3% der Epileptiker, die in die Anstalt kommen, Aussicht auf vollständige Genesung haben. Stern[2]), der sich durch Erhebung von Katamnesen nach 12 Jahren Aufschluß über die Heilungsaussichten der Epileptiker zu verschaffen suchte, fand unter 111 Fällen 27 anfallsfrei, 41 noch krank; 43 waren gestorben. Bei den Geheilten war die Krankheit meist in der Jugend und oft im Anschlusse an greifbare äußere Ursachen aufgetreten; häufig waren nächtliche Anfälle. Unter den ungünstig verlaufenden Fällen fanden sich solche, die ohne erkennbaren Anlaß in frühester Kindheit oder nach dem 40. Jahre begonnen hatten; kurze Dauer der Anfälle, petit mal, Fehlen der Aura schienen eine üble Bedeutung zu haben, ebenso starke erbliche Belastung. Masoin hält das Auftreten der Diazoreaktion für ein ungünstiges Zeichen. Shuttleworth teilt mit, daß etwa 17% der epileptischen Kinder die gewöhnliche Schule besuchen können, während 27,5% in Sonderklassen, 40,0% in Epileptikerklassen untergebracht werden müssen und 15,5% sich als bildungsunfähig erweisen.

---

[1]) Habermaas, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, LVIII, 243.
[2]) Stern, Jahrb. f. Psychiatrie XXX, 1.

Selbstverständlich ist bei allen Epileptikern auch das Leben in hohem Maße gefährdet, sei es durch die Verletzungen im Anfalle, sei es durch Selbstmordversuche und Unglücksfälle, sei es endlich durch die Entwicklung eines Status epilepticus. Worcester fand, daß unter 70 Epileptikern nicht weniger als 45 infolge ihrer Anfälle zugrunde gingen. Durch Erstickung endigen etwa 12,6 %, indem sie auf das Gesicht fallen, die geschwollene Zunge zwischen die Zähne einklemmen, Blutgerinnsel, erbrochene Massen, Gebisse oder andere Fremdkörper aspirieren; auch das Zurücksinken der Zunge über den Kehlkopfeingang und der Atemstillstand durch längeren Krampf der Atemmuskeln kann verhängnisvoll werden. Ricci gibt an, daß von 79 Epileptikern 19 im Status zugrunde gingen; von Lords Kranken starben 4% im Anfalle, 26% im Status; von 582 Todesfällen, über die Manson berichtet, erfolgten 72 im Status oder nach gehäuften Anfällen. Habermaas sah 47,6% seiner Kranken im Status epilepticus, 4,8% durch Unglücksfälle enden. Vor Ablauf des 30. Lebensjahres starben 72%; das 50. überlebten nur 2,8%. Eine besondere Steigerung der Sterblichkeit, bis auf das Vierfache der Norm, stellte sich um das 15. Lebensjahr heraus, also in den Entwicklungsjahren, die auch den Eintritt der Verblödung zu befördern pflegen. Lord berechnete das mittlere Sterbealter der Frauen in den Londoner Anstalten auf 53,8, für die weiblichen Epileptiker auf 40,3 Jahre.



Fig. 198. Karyokisese (K) in einer Gliazelle bei Status epilepticus.

Der Leichenbefund[1]) läßt zunächst bei den im Status epilepticus Verstorbenen schwere Veränderungen erkennen. Kazowsky fand

[1]) Weber, Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie, 1901; Alzheimer, Monatsschrift f. Psychiatrie, IV, 345; Bratz, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 820; Hajôs, ebenda XXXIV, 541; Renkichi Moryasu, ebenda XLIV, 84; Steiner, ebenda XLVI, 1091; Sala, Rivista sperimentale di freniatría, XXXII, 488; Volland, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie III, 307; De Buck, Le névraxe, 1907, 1.

starke Blutüberfüllung, Infiltration der Gefäßwandungen und des Hirngewebes mit Leukocyten, zahlreiche Blutaustritte und Veränderungen an den Nervenzellen. Auch Weber konnte ähnliche Befunde erheben. Alzheimer sah ausgebreitete akute Zellerkrankungen, die besonders deutlich an den Betzschen Zellen hervor-

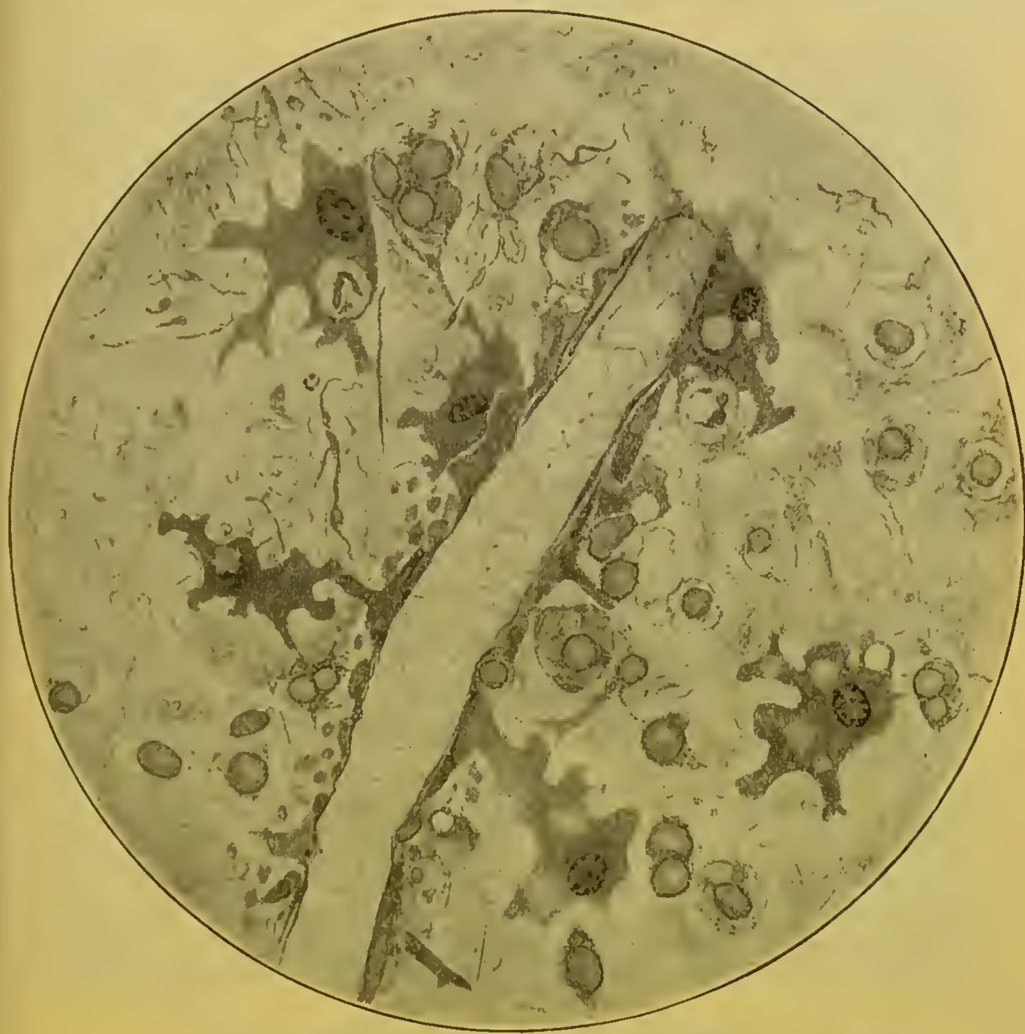


Fig. 199. Amöboide Gliazellen bei Status epilepticus.

traten, Schwellung des Zelleibes, Schwinden der Nisslschollen bis auf spärliche Reste, Verschiebung des Kerns gegen die Spitze zu. Hin und wieder scheinen Zellen völlig zugrunde zu gehen, während in der Regel Rückbildung der krankhaften Veränderungen erfolgen dürfte. In der Glia zeigen sich bisweilen sehr zahlreiche Teilungsfiguren, wie sie Fig. 198 erkennen läßt. Die Gliazellen sind

geschwellt, enthalten Abbaustoffe verschiedener Art; daneben finden sich, besonders im Marke, amöboide Gliazellen. Ein Beispiel davon gibt Fig..199. Man sieht hier in der Nähe eines Gefäßes eine größere Zahl solcher Zellen, in die rundliche Tröpfchen von Abbaustoffen eingelagert sind; außerdem erblickt man eine Menge von Gliakernen, die unter Umständen den Anschein einer Infiltration

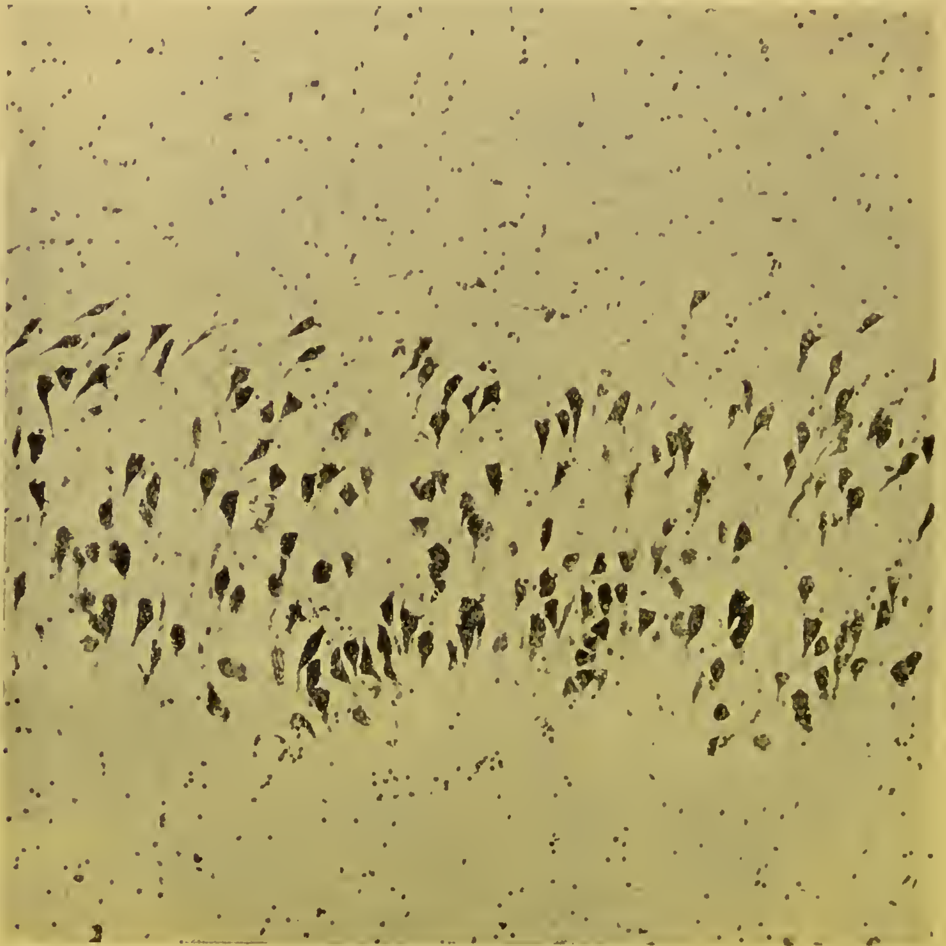


Fig. 200. Gesundes Ammonshorn.

des Gewebes oder der Lymphscheiden mit Leukocyten hervorrufen können.

Als Überreste und schleichende oder schubweise Fortbildung dieser zum Tode führenden oder sich zum großen Teile wieder zurückbildenden Veränderungen haben wir wohl diejenigen Befunde zu betrachten, die dem chronisch-epileptischen Siechtume zugrunde liegen. Meynert hat besonders auf die auch schon von früheren

Untersuchern gelegentlich gefundene Ungleichheit beider Ammonshörner aufmerksam gemacht; das verkleinerte Gebilde pflegt dabei verhärtet zu sein, ist in einzelnen Fällen auch wohl erweicht. Diese Beobachtung ist vielfach bestätigt worden, wenn auch die Angaben über die Häufigkeit der Ammonshornerkrankung, die gewöhnlich einseitig, nur in ganz schweren Fällen doppelseitig ist,



Fig. 201. Ammonshornsklerose bei Epilepsie.

ziemlich weit auseinandergehen. Snell fand sie in 3—4%, Bourneville in 14,8%, Sommer und Weber in etwa 1/3 der Fälle, Pfleger in 58%. Alzheimer kann ebenfalls über 50—60% solcher Befunde berichten; Bratz sah sie unter 32 Fällen 14 mal. Er stellte fest, daß es sich um „Atrophie der Zellen eines bestimmten Gebietes und Erfüllung des betroffenen Raumes mit feinfaseriger Neuroglia"

handle, und ist geneigt, diese Veränderungen als Hypoplasien aufzufassen, während sie von Hajós auf chronisch-entzündliche Vorgänge zurückgeführt werden.

Eine Vorstellung von diesen Veränderungen können die Fig. 200—203 geben. Fig. 200 stellt zunächst die Zellschicht eines gesunden Ammonshorns dar. In der Fig. 201 ist ein großer Teil der

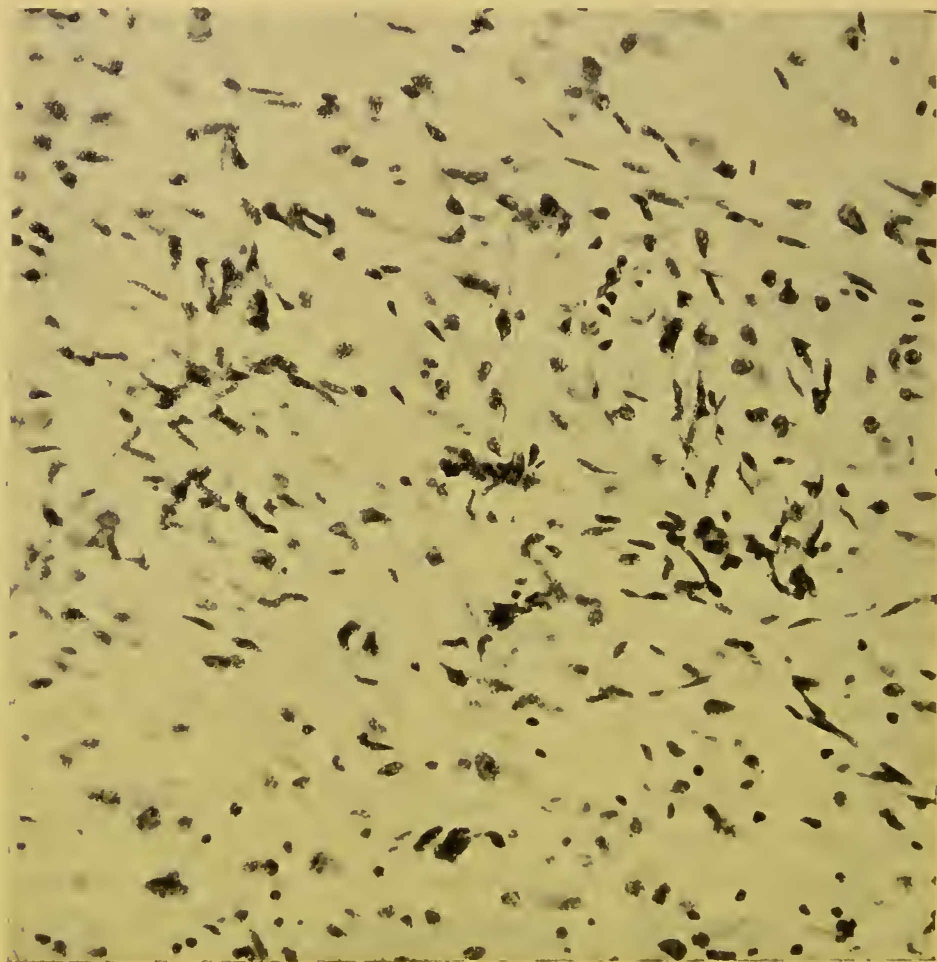


Fig. 202. Ammonshornverödung bei Epilepsie.

Zellen zugrunde gegangen; der Rest läßt in seinen geschrumpften, abgeblaßten, eckigen Formen die Zeichen der Sklerosierung erkennen. Zwischen diesen spärlichen und krankhaft veränderten Zellen liegen als Anzeichen einer narbigen Gliawucherung zahlreiche Gliakerne; die Wand des quer getroffenen Gefäßes ist stark verdickt. In der über und unter dem Zellstreifen gelegenen

Markschicht fanden sich viele Stäbchenzellen. Noch weiter geht die Zerstörung der Zellschicht in Fig. 202. Hier sind die Nervenzellen bis auf einige verkalkte, schwer erkennbare Reste ganz verschwunden, und an ihre Stelle ist eine dichte, von Gefäßen durchzogene Glianarbe getreten. Das Gleiche zeigt Fig. 203, in der dunkel gefärbte, dichte Gliabündel überall die früheren Zellreihen ersetzt haben.



Fig. 203. Gliawucherung im Ammonshorn bei Epilepsie.

Die Bedeutung dieser Befunde für den epileptischen Krankheitsvorgang ist noch ganz unklar. Da das beim Menschen stark verkümmerte Ammonshorn höchstwahrscheinlich dem Geruchssinne dient, bleibt es unverständlich, warum es gerade bei der Epilepsie, bei der von auffallenderen Geruchsstörungen nichts bekannt ist, so häufig und schwer erkrankt. Nissl ist daher zu der Ansicht gekommen, daß die Erkrankung des Ammonshornes nur die besonders leicht er-

kennbare Teilerscheinung einer allgemeineren Erkrankung der gesamten Rinde bedeute.

In der Tat läßt sich zeigen, daß sich in schweren und länger dauernden Fällen von Epilepsie regelmäßig eine ausgebreitete Rindenerkrankung herausbildet, wenn auch in frischen Fällen zunächst das Ammonshorn verändert zu sein pflegt. Nissl und Alzheimer fanden die Nervenzellen der Rinde in weitem Umfange, aber in

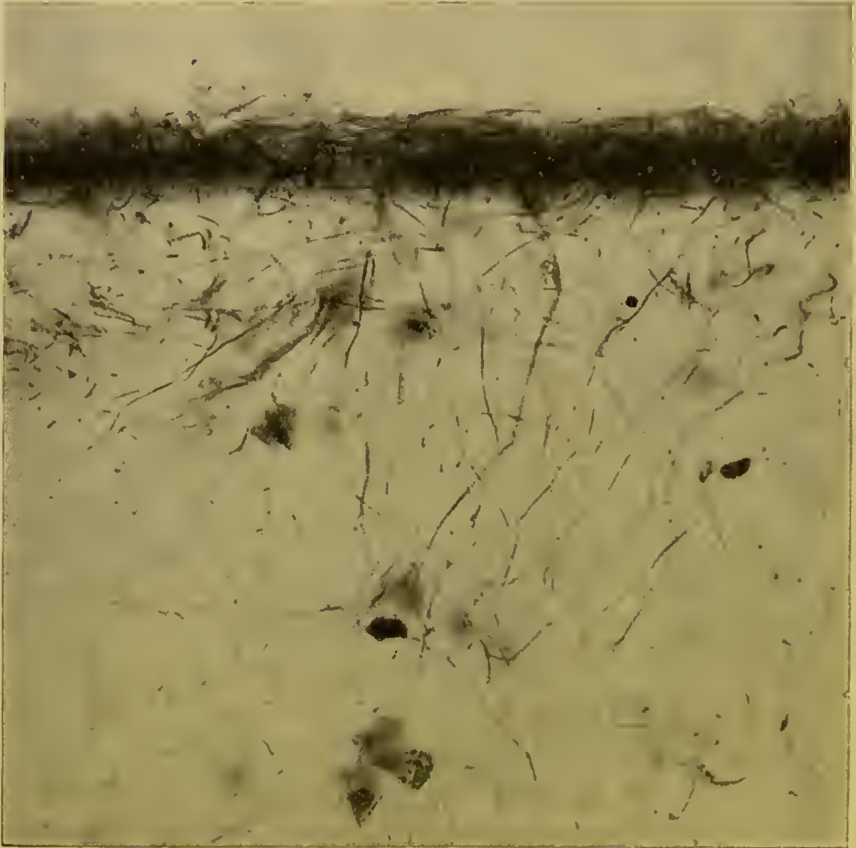


Fig. 204. Randgliose bei Epilepsie.

sehr verschiedener Weise und in sehr verschiedenem Grade, erkrankt, vielfach auch in größerer oder geringerer Zahl zugrunde gegangen, besonders in den oberen Rindenschichten. Salaris sah die Zellveränderungen am ausgeprägtesten im Scheitellappen, dann im Schläfen- und Stirnlappen, am schwächsten im Hinterhauptslappen. Die Fibrillen des Zelleibes fand Renkichi Moryasu vielfach zertrümmert und aufgelöst; auch die feineren Fibrillen außerhalb der Zellen waren stark gelichtet, besonders in der ersten und zweiten

Rindenschicht. Ähnliche Befunde beschreibt Salaris, der auch die Tangentialfasern fast ganz geschwunden sah. Die Glia wuchert ungemein stark. In der Rinde zeigt sich eine beträchtliche Vermehrung der Gliakerne, am freien Rande aber eine zuerst von Chaslin beschriebene, dann von Bleuler und vielen anderen Beobachtern wiedergefundene Faservermehrung („Randgliose"), die in schwächerem Maße sich hie und da auch bis in tiefere Schich-

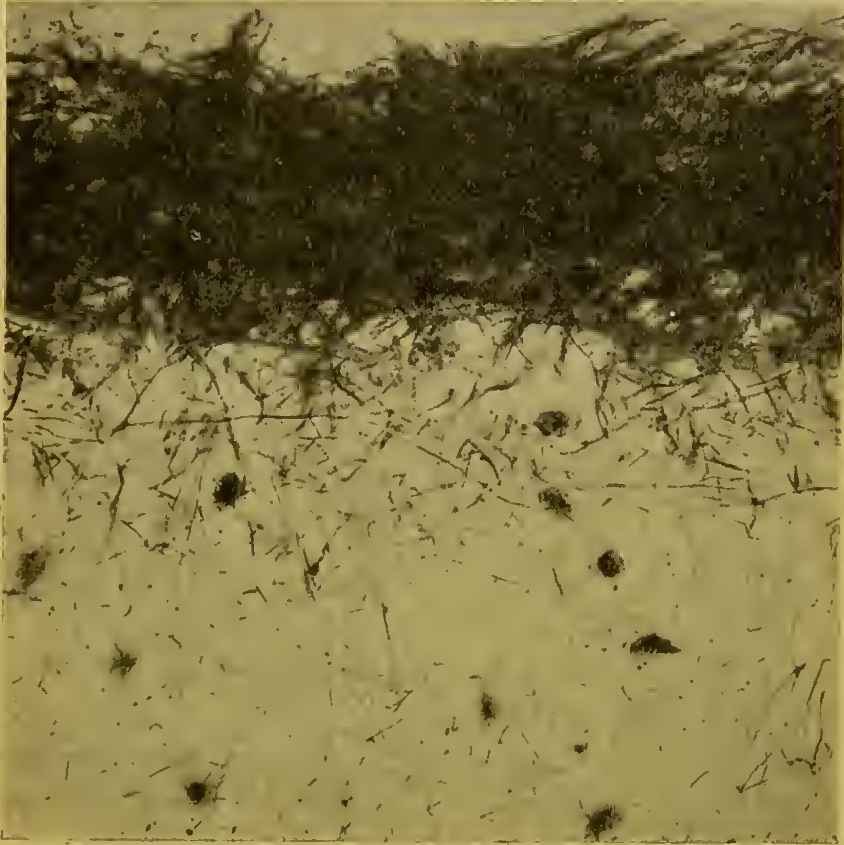


Fig. 205. Starke Randgliose.

ten hinein erstreckt. Ein Bild von diesem dichten Fasernetze mögen die Fig. 204 und 205 geben, von denen die erstere eine leichtere, die letztere eine sehr starke Verdickung der obersten Gliaschicht darstellt. Diese Veränderung ist immer Teilerscheinung eines erheblicheren Rindenschwundes. Die Gefäße zeigen vielfach leichte Intimawucherungen und Wandverdickung; in den Lymphscheiden finden sich hie und da Mastzellen.

Sehr eigentümlich ist die von Ranke berichtete und vielfach

bestätigte Beobachtung, daß sich bei Epileptikern manchmal in der obersten, normaler Weise zellfreien Rindenschicht eine Anzahl größerer, zum Teil quer gelagerter Nervenzellen finden, sog. „Cajalsche Zellen". Ihre Bedeutung liegt in dem Umstande, daß derartige Zellen beim Neugeborenen regelmäßig vorhanden sind, späterhin aber in die tieferen Schichten hinabwandern. Man wird

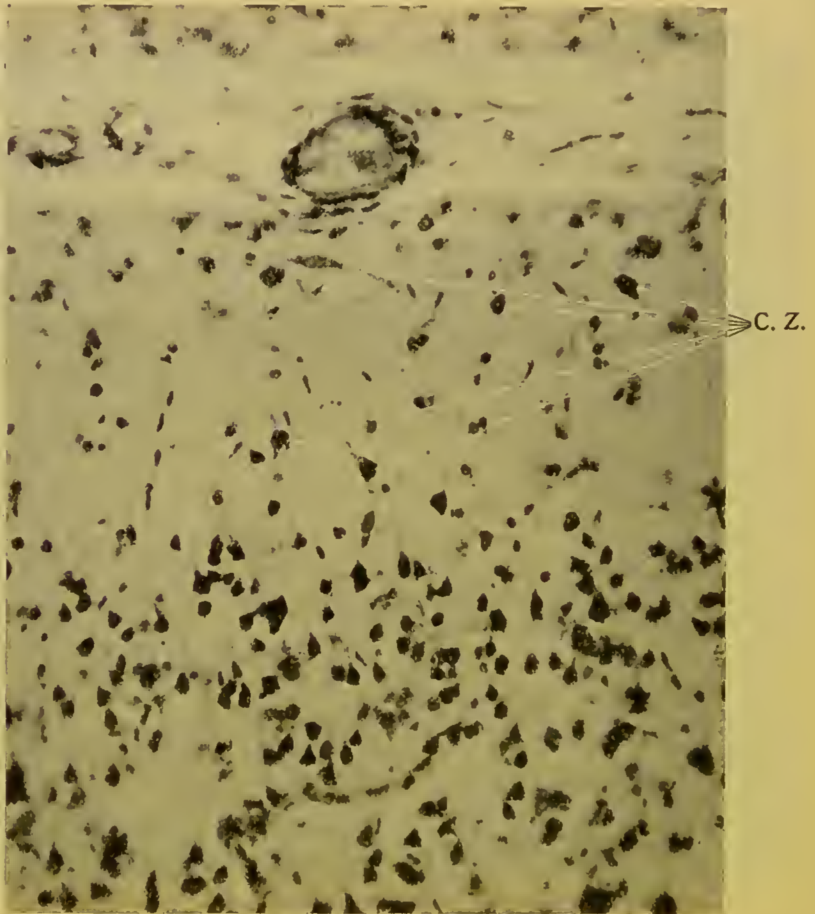


Fig. 206. Cajalsche Zellen (C. Z.) bei Epilepsie.

daher bei ihrem Verbleiben im Rindensaum an Störungen der Rindenentwicklung zu denken haben, die entweder schon den Beginn der epileptischen Erkrankung bedeuten oder doch ihm die Wege bahnen. Die Fig. 206 zeigt solche Cajalsche Zellen in größerer Zahl, darunter auch eine, die quer gelagert ist. Zugleich vermißt man die sonst so scharfe, hier ganz verwischte Abgrenzung des Rindensaums nach unten.

Die weichen Hirnhäute sind bei verblödeten Epileptikern in der Regel getrübt und verdickt. Nach akuteren Schüben der Krankheit finden sich öfters subpiale Blutungen. Anfimow beschreibt auch Zerreißungen in den äußeren Rindenschichten, Unterbrechungen der Tangentialfasern, denen er Beziehungen zu den epileptischen Verblödungen zuzuschreiben geneigt ist. Weber berichtet über arteriosklerotische Veränderungen in der Aorta, die er in 60% der Fälle auffand, ferner über Verfettung des Herzmuskels, der Leber, der Nieren. Onuf sah in 16 Fällen 12mal Veränderungen an den Herzklappen; Ohlmacher beobachtete Fortbestehen der Thymus und allgemeine lymphatische Veranlagung. Claude und Schmiergeld beschreiben Schilddrüsenveränderungen beim Status epilepticus, diffuse Sklerose des Drüsengewebes mit hypertrophischen Inseln dazwischen; auch an den übrigen Blutdrüsen erhoben sie allerlei krankhafte Befunde. Die umfassenden Untersuchungen Vollands ergaben weder an der Schilddrüse noch an den Epithelkörpern irgendwelche Veränderungen; dagegen fand sich unter 102 bei Autopsien 24mal abnormes Erhaltensein der Thymusdrüse. Ferner konnte Volland die Angaben von Ohlmacher, Hebold und Pineles über angeborene Enge der Aorta und der großen Gefäße in 27 Fällen bestätigen. Sonst war nur noch das schon von Claus und van der Stricht beschriebene Auftreten von Lipoidsubstanzen in Leber- und Nierenzellen bemerkenswert; arteriosklerotische Veränderungen wurden nur bei Spätepilepsie festgestellt. Es muß zurzeit zweifelhaft bleiben, ob alle diese Befunde in irgendeiner Beziehung zur Epilepsie stehen, eine Frage, deren Beantwortung namentlich auch durch die unsichere Umgrenzung des Krankheitsbegriffes außerordentlich erschwert wird. —

Die Epilepsie ist eine stammesgeschichtlich alte, ungemein häufige Krankheit, die schon den alten Ärzten[1]) recht genau bekannt war. Wenn es auch unsicher ist, ob die bei Tieren beobachteten Krämpfe mit der menschlichen Epilepsie wesensgleich sind, so scheint das Leiden doch über die ganze Erde verbreitet zu sein. Die Amokläufer bei den Malayen sind nach meinen klinischen Untersuchungen zumeist Epileptiker, wie Alzheimer in einem Falle auch am Leichenbefunde bestätigen konnte. Sieveking gibt das Verhältnis der Epileptiker bei uns auf 1 für 1000 Menschen an, Alt auf 2,5,

[1]) Heller, Janus, arch. intern. pour l'hist. de la médicine, XV, 589.

Herpin auf 6; Morselli fand 6 Epileptiker auf 5000 Italiener. Die von Binswanger mitgeteilten Zahlen der wegen Epilepsie ausgemusterten Militärpflichtigen schwanken für die preußische, sächsische und württembergische Armee in den Jahren 1889—1896 zwischen 2,06 und 2,91 auf 1000 Mann. Bourlureaux gibt für Frankreich Schwankungen zwischen 0,4 und 4,9, im Durchschnitte 1,82 auf 1000 Gestellungspflichtige an. Für Indien und Australien teilt Turner die gewiß sehr unsichere Zahl von 0,3—0,4 auf 1000 Einwohner mit. In den einzelnen Ländern zeigt die Häufigkeit der Epilepsie aber noch erhebliche örtliche Verschiedenheiten. Morselli betont die hohe Zahl der Epileptiker in Piemont und Ligurien; Levi - Bianchini findet sie noch größer in Kalabrien. Die erstere Erfahrung könnte auf die stärkere Verbreitung des Alkoholmißbrauchs zurückzuführen sein; für die letztere müßten andere Umstände in Betracht kommen. Mir schienen auch in Java die epileptischen Störungen verhältnismäßig häufig zu sein, obgleich dort der Alkohol vollständig fehlt.

Unter den Entstehungsbedingungen der Epilepsie haben wir zunächst Alter und Geschlecht ins Auge zu fassen. Die Epilepsie beginnt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in jugendlichem Alter[1]). Lange[2]) gibt an, daß von seinen Kranken 53,4% vor dem 10. Lebensjahre und nur 11,1% nach dem 20. Jahre erkrankten; Sarbo teilt mit, daß bei seinen Epileptikern der Beginn des Leidens in 76% der Fälle vor das 20. Lebensjahr fiel. Bis zum 10. Jahre erkrankten nach den Angaben von Finkh 40,5%, zwischen dem 10—20. Jahre 38,7%; die entsprechenden Zahlen von Berger sind 41,3 und 24,9%, von Binswanger 35,6 und 41,6%, von Gowers 31 und 45,8%. Die größte Zahl der Erkrankungen beginnt somit nach den Erfahrungen der verschiedenen Beobachter bald im ersten, bald im zweiten Lebensjahrzehnt; das kann mit der Verschiedenheit des Krankenmaterials, vielleicht aber auch, wie wir sehen werden, mit Abweichungen in der Betrachtungsweise zusammenhängen. Größere Zusammenstellungen haben unter anderen Ricci, Siebold und Allen Starr geliefert, deren Zahlen ich in der folgenden Übersicht wiedergebe.

---

[1]) Vogt, Die Epilepsie im Kindesalter. 1910; Archiv f. Kinderheilk. 48, 5, 6.
[2]) Lange, Psychiatrische Wochenschrift, I, 320.

%	5 J.	10 J.	15 J.	20 J.	25 J.	30 J.	40 J.	50 J.	60 J.	70 J.	80 J.	?
Ricci:												
393 Fälle	14	17,8	15,5	12,7	7,1	5,1	1,8	1,0	0,5	0,8	—	23,2
Siebold:												
913 Fälle	32,8	13,4	22,7	14,1	6,0	2,3	2,9	1,6	9,5	0,3	0,1	2,8
Allen Starr:												
1988 Fälle	17,8	13,3	29,2	17,8	12,3	6,2	8,0	3,2	0,9	0,2	0,1	

Meine eigenen, freilich nicht sehr umfangreichen Erfahrungen aus den letzten Jahren habe ich in dem nachstehenden Diagramme wiedergegeben. Bei seiner Herstellung stieß ich sogleich auf eine

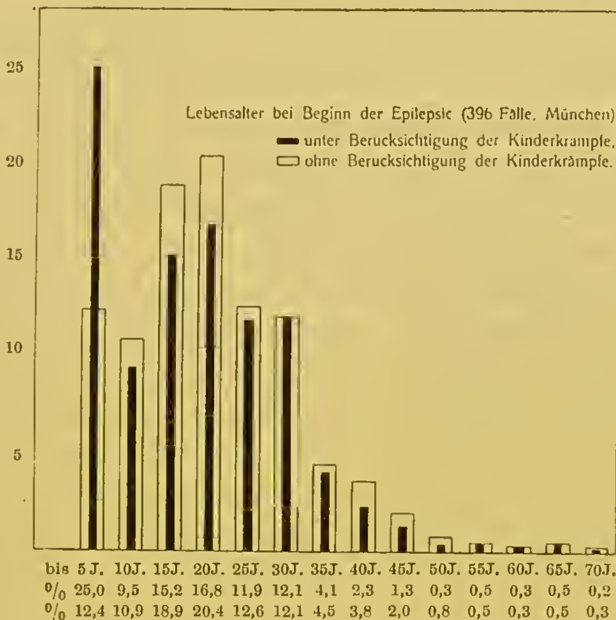


Fig. 207. Lebensalter bei Beginn der Epilepsie.

Schwierigkeit. In etwa 19,6% der hier benutzten Fälle waren nämlich Kinderkrämpfe voraufgegangen, die bald unmerklich in die epileptische Erkrankung hinüberführten, bald jedoch durch eine längere, anfallsfreie Zwischenzeit von dem Auftreten unverkennbarer epileptischer Krankheitserscheinungen getrennt waren. Das Einsetzen dieser letzteren erfolgte in 8,2% der genannten Fälle immerhin noch innerhalb der ersten 5, in weiteren 12,2% innerhalb der ersten 10 Lebensjahre. In je 32,6% der Fälle aber begann die eigentliche Epilepsie erst zwischen dem 10.—15. oder zwischen dem 15.—20. Jahre, in 8,2% zwischen dem 20.—25. Jahre, und in vereinzelten Fällen sogar erst gegen Ende der 20er oder zu Anfang

der 30er Jahre. Wenn man auch gewiß geneigt sein wird, einen Zusammenhang zwischen Kinderkrämpfen und der ihnen folgenden Epilepsie anzunehmen, wo die letztere sich binnen wenigen Jahren nachher entwickelt, so werden doch erhebliche Zweifel möglich sein, sobald die Zwischenzeit sich über ein bis zwei Jahrzehnte ausdehnt. Andererseits ist zu beachten, daß auch späterhin gelegentlich derartige Pausen vorkommen, ganz abgesehen von den möglichen Fehlerquellen nächtlicher, unbemerkt gebliebener Anfälle.

Um diese Verhältnisse zu veranschaulichen, habe ich das Altersdiagramm in Fig. 207 einmal unter Berücksichtigung der Kinderkrämpfe, das andere Mal ohne sie aufgestellt. Man erkennt, daß in beiden Fällen das zweite Lebensjahrfünft eine Abnahme der Erkrankungshäufigkeit zeigt, die freilich in der ersteren Darstellung ungleich stärker ausgeprägt ist. Dieselbe Erscheinung tritt uns auch in den Zahlen von Siebold und Allen Starr entgegen, während diejenigen von Ricci ein abweichendes Verhalten zeigen. Dürfte man die Kinderkrämpfe bei unseren Kranken allgemein als das erste Zeichen des beginnenden Leidens betrachten, so würde ein Viertel der Epileptiker schon in frühester Jugend erkranken. Wahrscheinlich würde die Zahl sogar noch höher sein, da die Nachrichten über solche Krämpfe bei älteren Kranken naturgemäß sehr lückenhafte sind, namentlich, wenn sie, wie bei uns so häufig, nur ganz vorübergehend wegen eines Anfalles in die Klinik kommen. So ließen sich in Heidelberg Kinderkrämpfe bei unseren Epileptikern in etwa 34% der Fälle nachweisen. Fürstner fand sie unter 141 Fällen, bei denen die Epilepsie vor dem 16. Lebensjahre zur Entwicklung kam, 92mal; Marie gibt sogar an, daß solche Krämpfe bei 75—80% der Epileptiker voraufgegangen sind. Auf die größere Zuverlässigkeit der Erhebungen ist es wohl zurückzuführen, daß Siebold, der die Krankheitsfälle in Uchtspringe bearbeitete, nahezu ein Drittel bis in das erste Lebensjahrfünft zurückverfolgen konnte, da es sich dort überwiegend um schwerere Erkrankungsformen mit genauer bekannter Vorgeschichte gehandelt haben dürfte. Andererseits ähnelt das Ergebnis der sehr umfassenden Untersuchung von Allen Starr wieder mehr der zweiten von mir versuchten Darstellung, bei der die Kinderkrämpfe nur dann berücksichtigt wurden, wenn sie unmittelbar den Ausgangspunkt der Epilepsie zu bilden schienen.

Jedenfalls darf es wohl als gesichert gelten, daß ein erheblicher Teil der Epileptiker in der ersten Kindheit erkrankt, und daß dann zunächst im zweiten Lebensjahrfünft die Erkrankungshäufigkeit abnimmt. Zwischen dem 10. und dem 20. Jahre, also in den Entwicklungsjahren, findet sich aber wieder eine beträchtliche Steigerung, die bei meinen Kranken mehr in die zweite Hälfte des genannten Zeitabschnittes zu fallen schien, während sie nach den Erfahrungen von Siebold und Allen Starr früher liegen würde. Ein ähnlicher Unterschied macht sich für die späteren Lebensjahre geltend. Während bei jenen Forschern nach dem 20. oder doch nach dem 25. Lebensjahre eine rasche und beträchtliche Abnahme der Erkrankungshäufigkeit zu verzeichnen ist, bleibt diese bei meinen Kranken zwischen dem 20. und 30. Jahre noch über derjenigen des zweiten Lebensjahrfünftes, um erst dann stark zu sinken, ziemlich genau den Angaben Allen Starrs, eines Großstadtbeobachters, entsprechend. Wenn es sich bei diesen Unterschieden nicht um Zufälligkeiten handelt, was bei der Kleinheit der Zahlen gewiß möglich ist, so läge es nahe, den verhältnismäßig häufigen Beginn der Epilepsie zwischen dem 15. und 30. Lebensjahre bei uns auf den Einfluß des Alkohols zu beziehen, dessen wichtige Rolle in der Entstehungsgeschichte des Leidens wir späterhin noch zu würdigen haben werden.

Das klinische Bild der Epilepsie erfährt je nach dem Alter, in dem das Leiden einsetzt, gewisse Wandlungen. Bei den in späteren Jahren zur Entwicklung kommenden Formen scheint die Häufigkeit der Krämpfe größer zu sein, als bei den in der Jugend beginnenden Erkrankungen; dagegen werden Ohnmachten und Absenzen seltener beobachtet. Ferner ist dort die Ausbildung des epileptischen Schwachsinns wie der epileptischen Charaktereigentümlichkeiten, namentlich der Schwerfälligkeit, Reizbarkeit und Zutunlichkeit, weniger häufig, während die Vergeßlichkeit eher stärker hervortritt.

Von den beiden Geschlechtern ist das männliche sehr viel stärker an der Epilepsie beteiligt. In Heidelberg zählte ich unter meinen Epileptikern nur etwa 15%, in München 27% Frauen; auch Lüth gibt 27,3% Frauen an. Dagegen fanden Ricci 30%, Binswanger 38,1%, Kreidl 39,5%, Masoin 40%, Siebold 40,8%, Finkh 43,5%, Berger 43,8%, Eulenburg 44,7%, Biro 45% Frauen. Beim weiblichen Geschlechte ist das Überwiegen der Er-

krankungen im jugendlichen Alter weit stärker ausgesprochen, als bei den Männern. Wie das beistehende Altersdiagramm (Fig. 208) erkennen läßt, in dem das Verhältnis der Männer zu den Frauen für die einzelnen Altersstufen wiedergegeben ist, beträgt der Anteil der Frauen unter den epileptischen Kindern etwa 30—40%. Er verringert sich dann aber fortschreitend, um zwischen dem 20. und 25. Jahre auf 10% zu sinken, ein Stand, der nach einer kleinen Schwankung zwischen dem 30. und 35. Jahre annähernd nochmals erreicht wird. Von da ab wächst das Verhältnis der weiblichen Kranken allmählich wieder bis zu 40% an.

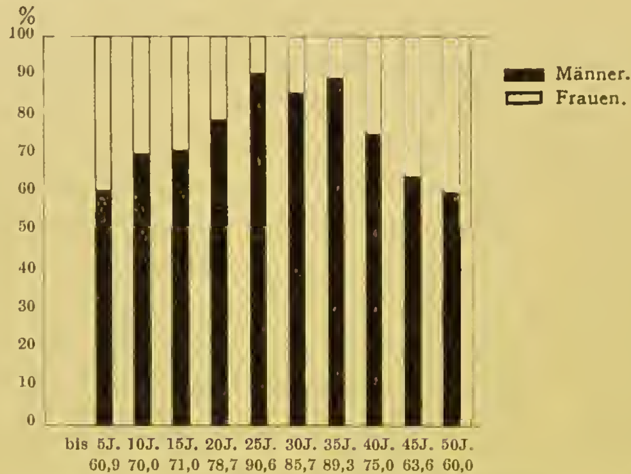


Fig. 208. Verhältnis der beiden Geschlechter in den einzelnen Altersklassen bei der Epilepsie (523 Fälle).

Dieses eigentümliche Verhalten ist wohl am wahrscheinlichsten darauf zurückzuführen, daß in den mittleren Lebensjahren der Alkohol als einflußreiche, Epilepsie erzeugende Krankheitsursache die Zahlen zuungunsten der Männer verschiebt. Die Schwankung zwischen dem 25. und 30. Jahre könnte, wenn sie nicht zufällig ist, auf den Einfluß des Fortpflanzungsgeschäftes bei der Frau bezogen werden. In der Schwangerschaft werden nämlich Besserungen, aber auch Verschlimmerungen des Leidens beobachtet; ich sah zweimal den ersten Ausbruch der Krankheit, einmal die Entwicklung eines Status epilepticus bei einer Schwangeren. Ferner wurde mir mehrfach über das Auftreten des ersten Krampfanfalles während der Geburt oder im Wochenbett, einmal bei Gelegenheit des ersten Koitus berichtet. Auch das Einsetzen der Menses gibt bisweilen den ersten Anstoß zum Ausbruche der Epilepsie. Späterhin bildet sich nicht selten eine Verschlimmerung

der epileptischen Anfälle zur Zeit der Menses heraus, ein Verhalten, das mir in 13,4% der Fälle berichtet wurde. Myslivecek sah bei 58 Frauen 11 mal einen ungünstigen Einfluß der Menses.

Das klinische Bild der Epilepsie zeigt bei den beiden Geschlechtern kleine Unterschiede, die allerdings wohl in erster Linie durch die Häufigkeit des Alkoholeinflusses bei den Männern, in geringerem Grade auch durch die Einmischung traumatischer Formen bei ihnen bedingt werden. Soviel ich übersehen kann, läßt sich sagen, daß bei den Frauen die eigentlich kennzeichnenden epileptischen Störungen häufiger und stärker ausgeprägt zu sein pflegen, die Krampfanfälle, die Absenzen, die Dämmerzustände; auch Ohnmachten beobachtet man etwas öfter. Dagegen begegnen uns die schweren Erregungszustände, wie sie besonders leicht unter Alkoholeinfluß zustande kommen, bei Frauen sehr viel weniger; ebenso scheinen Schwindelanfälle nicht so häufig vorzukommen. Dipsomanische Anfälle sind wesentlich seltener, ebenso der Wandertrieb, vielleicht wegen der größeren Gebundenheit der Frau. Die psychische Auslösung von Anfällen wird bei der Frau häufiger beobachtet. Entsprechend dem schärferen Hervortreten der bekannten epileptischen Störungen im Krankheitsbilde, sind beim weiblichen Geschlechte die eigenartigen psychischen Veränderungen der Persönlichkeit auch durchschnittlich deutlicher entwickelt, die Beschränktheit, Schwerfälligkeit, Zutunlichkeit und Frömmelei, während sich die Reizbarkeit mehr bei den Männern zu entwickeln scheint. Bei diesen begegnen uns in größerer Zahl erscheinungsarme und klinisch verwischte Krankheitsformen.

Die häufige Entstehung der Epilepsie in der frühesten Jugend weist uns von vornherein auf die Wahrscheinlichkeit hin, daß der krankhaften Veranlagung hier ein erheblicher Einfluß zukommen muß. Natürlich gehen die Angaben der einzelnen Beobachter über diesen Punkt je nach der Art ihres Krankenmaterials ziemlich weit auseinander. Gowers fand erbliche Belastung einmal in 35, ein anderes Mal in 46% der Fälle, Aronsohn in 32%, Siebold in 55,2%, Déjerine in 66,8%, Finkh etwa ebensohäufig, Binswanger in 61,7%, während Petges und Cardenal nur bei 22% der Kranken erbliche Veranlagung irgend welcher Art feststellen konnten. Meine eigenen Erhebungen ergaben in 45,7% der Fälle das Vorliegen von Nerven- oder Geisteskrankheiten in der

näheren Verwandtschaft. Es liegt indessen auf der Hand, daß derartige allgemeine Angaben nur einen sehr geringen Wert besitzen, da sie einmal durch die zufälligen Fehler bei der Erhebung der Vorgeschichte unverhältnismäßig stark beeinflußt werden, und da sie uns andererseits über die Art des inneren Zusammenhanges zwischen der vorliegenden Krankheit und den Störungen bei den Angehörigen gar keinen Aufschluß geben. Es empfiehlt sich daher, einzelne Formen der erblichen Belastung gesondert zu betrachten.

Geistes- oder Nervenkrankheiten fanden sich bei den Eltern unserer Kranken in 34,4%, ein Wert, der über die gewöhnliche Durchschnittsbelastung Gesunder kaum hinausgeht und somit gar nicht für eine nennenswerte Bedeutung der erblichen Veranlagung sprechen würde, wenn nicht gerade bei unseren rasch durch die Klinik hindurchwandernden Epileptikern mit sehr erheblichen Lücken der Vorgeschichte gerechnet werden müßte. Berücksichtigen wir nur die vor dem 20. Lebensjahre erkrankten Fälle, bei denen also die Nachrichten über die Eltern im allgemeinen noch leichter zu erhalten sind, und bei denen manche andere Ursachen der Epilepsie noch eine geringere Rolle spielen, so würde die unmittelbare Belastung seitens der Eltern auf 40,8% steigen.

Näher noch liegt es, dem Vorkommen von Epilepsie selbst in der Familie nachzuforschen. Ich konnte es nur in 14,3% meiner Fälle nachweisen; Aronsohn gibt dafür 18%, Gowers 19,7%, Finkh, der nur die genuine Epilepsie berücksichtigt, 24,2% an. Bei den Eltern allein fand ich Epilepsie nur in 7,6%, ein Ergebnis, das mich insofern überraschte, als ich früher in Heidelberg, bei allerdings wesentlich anders zusammengesetztem Krankenmaterial, weit höhere Werte gefunden hatte. Auch Lange sah Belastung mit Epilepsie der Eltern nur in 8%; Petges und Cardenal geben 6% an; Finkhs Zahlen würden für die genuine Epilepsie 21,2% ergeben. Dagegen berichtet Stowell, daß 49% der epileptischen Kinder von epileptischen Eltern abstammen, eine Erfahrung, für die ich sonst nirgends eine Bestätigung gefunden habe. Féré meint, daß außer der Epilepsie bei den Angehörigen der Kranken sehr häufig Migräne, ferner Kinderkrämpfe, Geistesstörungen und Altersblödsinn vorkommen. Weeks, der 5533 Blutsverwandte von 372 Epileptikern untersuchte, fand, daß von ihnen 700 ebenfalls epileptisch, ferner 350 geistesschwach, 169 geisteskrank, 535 Alkoholisten waren, und

daß 141 an Migräne litten; 2427 boten keine nervösen Störungen. Volland berichtet über 24 Familien mit Epilepsie bei Geschwistern; hier fand sich 5mal direkte, 7mal indirekte gleichartige Belastung, darunter 4mal neben Alkoholismus eines Erzeugers; dazu kommt noch in drei Fällen Alkoholismus des Vaters allein.

Sehr merkwürdige Ergebnisse haben die Familienforschungen von Heilig und Steiner[1]) über die Angehörigen der Epileptiker geliefert. Nachdem Steiner zunächst festgestellt hatte, daß unter den genuinen Epileptikern 19,3% Linkshänder seien, außerdem aber bei weiteren 70,2% in den Familien Fälle von Linkshändigkeit vorkommen, suchten die beiden Forscher bei 567 Soldaten (254 Linkshändern und 313 Rechtshändern) darüber Auskunft zu erhalten, wie oft in ihren Familien Linkshändigkeit und Sprachstörungen zu verzeichnen seien. Dabei stellte sich heraus, daß bei den Linkshändern in 29,9%, bei den Rechtshändern in 12,5% noch linkshändige Angehörige vorhanden waren. In den Familien der „reinen Rechtshänder" ohne linkshändige Angehörige ließen sich keine Fälle von Epilepsie nachweisen, bei den übrigen Gruppen in 4,1%. Sprachstörungen waren bei den Linkshändern und in den Familien mit Linkshändigkeit häufiger, als bei den reinen Rechtshändern. Auch Stier hatte bei ähnlichen Untersuchungen schon gefunden, daß linkshändige Soldaten auffallend oft an Sprachstörungen leiden oder gelitten haben, bzw. daß unter den Soldaten mit Sprachstörungen 1/4 Linkshänder sind. Diese Ergebnisse, die übrigens besonders für das männliche Geschlecht gelten, erscheinen geeignet, die von Redlich vertretene Anschauung einzuschränken, daß als Ursache der Linkshändigkeit bei Epileptikern vorzugsweise die Kinderencephalitis in Betracht komme; vielmehr dürften in größerem Umfange andere, freilich heute noch ganz unverständliche Zusammenhänge bestehen.

Ungleich wichtiger jedoch, als alle bisher besprochenen Formen der erblichen Belastung ist diejenige durch Alkoholismus der Erzeuger. Biro fand ihn in 14%, Steinig und ebenso Doran in 18%, Wildermuth in 21%, Neumann in 23,7%, Finkh in 28,9%. Martin kommt zu dem Schlusse, daß von den überlebenden Kindern trunksüchtiger Eltern nicht weniger als 1/3 an Epilepsie erkranken. Féré gibt für Männer 38,3%, für Frauen 46,9% Alko-

[1]) Heilig und Steiner, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, IX, 633.

holismus bei den Eltern an, Müller 34%, Voisin 31%, Bianchi 30%, Binswanger 19,5%, Siebold 18,8%, Stowell 15%. Auch hier begegnen uns somit weitgehende Unterschiede in den Angaben, die uns warnen, den Zahlen an sich allzuviel Bedeutung beizulegen. Lehrreicher für die ursächliche Würdigung der Veranlagung scheint mir ein Vergleich der von demselben Beobachter unter denselben Bedingungen für die verschiedenen Belastungsformen gefundenen Werte. Wenn sie uns auch kein Bild von dem wirklichen Gewichte der einzelnen ursächlichen Einflüsse gewähren, so gestatten sie uns doch eine Abschätzung ihres gegenseitigen Verhältnisses. Um dies zu ermöglichen, stelle ich in der folgenden Übersicht die Zahlen zusammen, die ich bei Männern und Frauen sowie endlich bei allen vor dem 20. Lebensjahre erkrankten Epileptikern für die verschiedenen Formen der Belastung erhalten habe.

Erblichkeit	Allgem.	Dir.	Allgem. Epil.	Dir. Epil.	Dir. Alkohol
Männer (303 Fälle)	44,5	32,7	13,2	6,3	18,2
Frauen (104 Fälle)	49,0	39,7	17,3	11,5	19,2
Unter 20 Jahren (267 Fälle)	52,8	40,8	17,2	9,7	21,0

Aus diesen Werten, die freilich an einer größeren Zahl genauer durchforschter Krankheitsfälle nachgeprüft werden sollten, geht zunächst hervor, daß in allen drei Beobachtungsreihen gleichmäßig die unmittelbare Belastung durch Epilepsie weit geringer ist, als diejenige durch Alkoholismus, ganz besonders bei den Männern, bei denen diese fast dreimal so groß ausfällt, als jene. Zu ganz ähnlichem Ergebnisse kam Müller. Etwa die Hälfte aller Belastung durch die Eltern und darüber betrifft den Alkoholismus. Die übrigen Geistes- und Nervenkrankheiten spielen demgegenüber hier eine verschwindende Rolle; wir finden sie bei den Eltern neben der Epilepsie insgesamt nur in etwa 8—10% der Fälle. Bei Frauen scheint die Belastung durch Epilepsie der Eltern etwas wirksamer zu sein, als bei den Männern. Bei den in jugendlichem Alter Erkrankten ergeben sich im allgemeinen etwas höhere Werte für die Belastung, sei es, daß bei ihnen die Nachrichten über die Vorgeschichte ausgiebiger sind, sei es, daß in der Tat für die früheren Erkrankungen die Anlage gegenüber den durch das Leben bewirkten Schädigungen größere Bedeutung hat; freilich scheint hier gerade die Belastung durch Epilepsie nicht besonders hervorzutreten.

Als das allgemeine Ergebnis dieser Betrachtung können wir die Anschauung hinstellen, daß die Epilepsie mindestens in gleichem Maße der Ausdruck einer Keimschädigung wie derjenige einer erblichen Entartung ist; dabei muß die Möglichkeit berücksichtigt werden, daß vielleicht auch die Epilepsie der Erzeuger zum Teil schon auf einer sich nunmehr vererbenden Keimschädigung beruhte. Als Ursache der Keimschädigung kommt in erster Linie der Alkoholismus der Erzeuger in Betracht. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, daß auch andere Einflüsse in ganz ähnlicher Weise wirksam sein können, namentlich die Lues. Leider ist es bisher kaum möglich gewesen, über deren Bedeutung ein klares Urteil zu gewinnen. Unter meinen Fällen konnte in 4—5% der Verdacht einer ererbten Lues ausgesprochen werden; Bratz und Lüth[1]) fanden sie in 4—7%. Mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion kann es durch planmäßige Untersuchung der Kranken wie ihrer Angehörigen allmählich gelingen, auch über diesen Punkt bestimmtere Aufschlüsse zu gewinnen. Es dürfte sich bei der Wirkung der Lues einmal um bestimmte Krankheitsvorgänge handeln, gummöse, meningitische, endarteriitische Erkrankungen, die dann aus dem Gebiete der eigentlichen Epilepsie auszuscheiden wären. Sodann aber kann vielleicht auch eine allgemeine Keimschädigung durch die Syphilis in ähnlicher Weise Epilepsie erzeugen wie diejenige durch den Alkohol; sehen wir doch unter dem Einflusse beider Gifte körperlich und geistig minderwertige Nachkommen entstehen! Von sonstigen ungünstigen Einflüssen hat man noch bedeutende Altersunterschiede der Eltern sowie starke gemütliche Erregungen der Mutter während der Schwangerschaft für die Entstehung einer Epilepsie bei den Kindern verantwortlich gemacht.

Für die Annahme allgemeiner, rasseverschlechternder Vorgänge in den Familien der Epileptiker würde auch die Angabe von Bédet sprechen, der die Lebensdauer der Eltern und Großeltern von 40 Epileptikern geringer fand, als im Durchschnitte; auch diejenige der Geschwister erwies sich herabgesetzt. Epileptiker gehören nach seinen Angaben oft kinderreichen Familien an, erzeugen aber selbst wenig Kinder, die zudem vielfach an organischen Hirnleiden zugrunde gehen. Féré teilt mit, daß von den Kindern der Epileptiker höchstens $^1/_5$ gesund bleiben. Echeverria berichtet über die Nach-

[1]) Bratz und Lüth, Archiv f. Psychiatrie, XXXIII, 621.

kommenschaft von 136 verheirateten Epileptikern. Es handelte sich um 533 Kinder, von denen 22 tot geboren wurden und 222 jung starben, davon 195 an Krämpfen. An Epilepsie litten 78, an Idiotie 18, an anderen Geisteskrankheiten 11; 39 waren gelähmt, 45 hysterisch, 7 choreatisch.

Von den Schädigungen, die unmittelbar Epilepsie erzeugen können, haben wir zunächst die Hirnverletzungen anzuführen. Schon bei der Geburt können Quetschungen und Verschiebungen des Gehirns eintreten, die späterhin epileptische Anfälle zur Folge haben, doch ist im ganzen diese Entstehung der Epilepsie recht selten. Volland berichtet, daß er unter 1500 Fällen von Epilepsie 45 mal von erheblichen Störungen des Geburtsverlaufes hörte, aber nur dreimal dadurch bedingte Schädelveränderungen feststellen konnte. Jedlicka beobachtete einen Fall, in dem 56 Jahre nach einer Hirnverletzung bei der Geburt epileptische Anfälle auftraten; durch operative Entfernung eines Varixknotens aus der rechten Zentralwindung gelang die Heilung. Eine erheblich größere Rolle in der Verursachung der Epilepsie spielen die Hirnverletzungen des späteren Lebens. Angaben darüber finden sich bei Epileptikern recht häufig, in 10—20% der Fälle und darüber, doch sind sie meist schwer zu verwerten, weil sich ein bestimmter Beweis für den inneren Zusammenhang zwischen Verletzung und Erkrankung nur selten führen lassen wird. Vielfach sind auch die Verletzungen, deren Spuren wir so häufig in Form von zahlreichen und ausgedehnten Narben bei Epileptikern finden, nicht die Ursache, sondern die Folge des Leidens; der Kranke ist gefallen, weil er von epileptischem Schwindel ergriffen wurde, ohne sich des wahren Herganges recht bewußt zu werden. Dennoch dürfen wir daran festhalten, daß in einer Anzahl von Fällen ein ursächlicher Zusammenhang tatsächlich besteht. Bergmann sah nach 98 Schädelkontusionen 9 mal Epilepsie zur Entwicklung kommen. Finkh zählt unter 250 Fällen von Epilepsie 17,6% (45 Fälle) zur traumatischen Form; die Zwischenzeit zwischen der Kopfverletzung und dem Auftreten des ersten epileptischen Anfalles betrug in zwei Fällen nur wenige Tage, außerdem noch 19 mal weniger, als 1 Jahr, 20 mal jedoch über 5 Jahre, darunter einmal 23 Jahre. Bei so langen Zwischenzeiten wird natürlich der ursächliche Zusammenhang der noch eintretenden Epilepsie mit der Kopfverletzung recht zweifelhaft bleiben, wenn auch öfters

die Einschiebung gewisser unbestimmter Vorboten die Deutung nahe legen mag. Bei einem meiner Kranken traten 4 Jahre nach einem beim Militär erlittenen Hufschlage vor die Stirn mit folgender Bewußtlosigkeit und teilweiser Zertrümmerung des Nasenbeines die ersten Anfälle auf. Den allmählich sich weiter entwickelnden Anfällen ging als Aura Stirnkopfschmerz voraus; ein Anfall wurde durch langwierige Untersuchung der verengten Nase hervorgerufen; einigen anderen, die zu kommen drohten, konnte durch Einpinselung der Nasenschleimhaut mit Kokainlösung vorgebeugt werden. Zu betonen ist jedoch, daß die Fälle rein traumatischer Entstehung aus dem Bereiche der eigentlichen Epilepsie auszuscheiden sind, da ihnen offenbar ganz andersartige Krankheitsvorgänge zugrunde liegen. Vielfach scheint aber die Kopfverletzung nur eine bestehende epileptische Veranlagung zur Entwicklung zu bringen. So war in dem angeführten Falle der Vater des Kranken epileptisch gewesen.

Viel umstritten ist die Frage nach der ursächlichen Bedeutung von Infektionskrankheiten für die Epilepsie. Wo es sich um das bei Kindern nicht seltene Auftreten von Krampferscheinungen im Beginne oder auf der Höhe stürmischer Infektionen handelt, werden wir sie einfach als den Ausdruck von Giftwirkungen auf das Hirngewebe, ähnlich etwa den urämischen oder auch paralytischen Anfällen oder dem Koma diabeticum, aufzufassen haben; mit der echten Epilepsie haben derartige Störungen natürlich nichts gemein. Andererseits aber gelangt auch im Gefolge des Typhus und Scharlach, seltener nach Masern, Influenza, Keuchhusten, öfters Epilepsie zur Entwicklung. Siebold verzeichnet diese Verursachung in 16%, Biro in 10% seiner Fälle; freilich ist die Feststellung des Zusammenhanges bei längerer Zwischenpause immer sehr zweifelhaft. Auch hier lassen sich, wie bei den Kopfverletzungen, zwei verschiedene Möglichkeiten auseinanderhalten. Die Infektionskrankheit kann irgendeine Hirnnarbe hinterlassen, die zum Ausgangspunkte der späteren epileptischen Störungen wird; solche Fälle werden nicht zur eigentlichen Epilepsie zu rechnen sein. Oder aber die Erkrankung erzeugt Veränderungen im Körper, die ihrerseits die Entwicklung einer echten Epilepsie begünstigen. Das erstere dürfte vorzugsweise für die Erkrankungen mit gelegentlichen encephalitischen Begleiterscheinungen gelten, wie für den Typhus, während man an die letztere Möglichkeit etwa bei der so häufig an Schar-

lach sich anschließenden Nephritis denken könnte. Freilich bedürfen diese Verhältnisse noch sehr der weiteren Klärung. In zwei Fällen wurde mir berichtet, daß sich die Epilepsie an ein in den Tropen überstandenes Leberleiden angeschlossen habe.

Unter ähnlichen Gesichtspunkten, wie sie hier angedeutet wurden, dürften auch die Beziehungen der Kinderencephalitis zur Epilepsie zu betrachten sein. Die Tatsache, daß Kinderkrämpfe recht häufig der Entwicklung der Epilepsie voraufgehen, hat schon lange die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen. Ich konnte diese Verbindung, wie früher erwähnt, bei 19,6% meiner Münchener Kranken auffinden. Myslivecek gibt sie für 21,7% seiner 207 Kranken, Finkh für 30% der 152 Kranken mit genuiner Epilepsie an. Dem entsrechend entwickelt sich aus der Eklampsie der Kinder späterhin nicht selten Epilepsie. Bullard und Townsend berichten, daß von 79 eklamptischen Kindern 6 sofort epileptisch wurden; von 30 weiter beobachteten starben 4, während 2 wiederholte Krämpfe zeigten, 5 geistesschwach oder epileptisch wurden, 3 nervös waren ohne Krampferscheinungen. Auch Thiemich verfolgte die Schicksale von eklamptischen, „spasmophilen" Kindern 7 Jahre hindurch. Er stellte fest, daß nur etwa 1/3 keine nervösen Störungen darboten; bei den übrigen beobachtete er nächtliches Aufschrecken, Wandertrieb, choreaähnliche Unruhe, Stottern, Grimmassieren, Lidkrämpfe, vasomotorische Störungen, Lügenhaftigkeit.

Offenbar handelt es sich, wie die Kinderärzte[1]) vielfach betont haben, bei den Krämpfen der Kinder um sehr verschiedenartige Krankheitsvorgänge. Einem Teile derselben dürften einfache Ernährungsstörungen zugrunde liegen, die für die Entwicklung einer Epilepsie nicht weiter von Bedeutung sind. Birk führt als Kennzeichen dieser Formen ihre Abhängigkeit von künstlicher Ernährung, ihr Auftreten bei der Zahnentwicklung, ihre Verknüpfung mit „spasmophilen" Störungen (Tetanie mit ihren Begleiterscheinungen, Laryngospasmus) auf. Bei einer zweiten Gruppe von Fällen haben wir es mit den ersten Anfängen einer genuinen Epilepsie zu tun. Vereinzelte Anfälle, namentlich wenn sie bei Brustkindern auftreten, seien in dieser Richtung sehr verdächtig. Endlich aber kann es zu

---

[1]) Thiemich und Birk, Jahrb. f. Kinderheilk. 65, 1207; Birk, Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilkunde, III; Potpeschnigg, Archiv f. Kinderheilk. 47.

gröberen Schädigungen des Hirngewebes in Form encephalitischer Erkrankungen kommen. Hier hätten wir es in der Hauptsache mit Kinderlähmungen zu tun, soweit eben der Sitz der krankhaften Veränderung Lähmungserscheinungen nach sich zieht. Wahrscheinlich wären hier wohl noch eine Reihe von verschiedenen Krankheitsvorgängen auseinanderzuhalten, die nur die gemeinsame Eigentümlichkeit haben, entzündliche Zerstörungen herbeizuführen.

Die Schwierigkeit, namentlich die beiden letzten Gruppen von Fällen auseinanderzuhalten, hat der zunächst von Freud und Rie, von Marie und neuerdings von Redlich[1]) mit großem Nachdrucke vertretenen Ansicht zur Stütze gedient, daß ein erheblicher Teil der Epilepsien nichts anderes sei, als die Folge alter encephalitischer Erkrankungen. In der Tat steht es fest, daß nach Kinderlähmung sehr häufig epileptische Störungen zurückbleiben. König fand sie in 76%, Turner in 78%, Lukacz in 66%, Oppenheim ebenso häufig. Da das Zustandekommen einer Lähmung wesentlich von dem Sitze und der Ausbreitung des Krankheitsherdes abhängt, so lag es ferner nahe, wie es Freud und Rie getan haben, von einer „Kinderlähmung ohne Lähmung" in denjenigen Fällen zu sprechen, in denen man encephalitische Erkrankungen annahm, die keine Bewegungsstörungen verursacht hatten. Dazu kam noch der Umstand, daß bei der Epilepsie, auch wenn sie nicht von ausgeprägten Lähmungen begleitet ist, tatsächlich ungemein häufig Andeutungen von Halbseitenstörungen nachweisbar sind, wie sich besonders Redlich darzutun bemüht hat. Etwa 40% der Epileptiker, in Andeutungen vielleicht noch mehr, zeigen Unterschiede in den Kraftleistungen der beiden Seiten, selbst leichte Hemiparesen, namentlich im Anschlusse an die Anfälle, einseitige Steigerung der Ermüdbarkeit, Verschiedenheit der Haut- und Sehnenreflexe; oft auch beginnt der Anfall mit einseitiger Aura oder befällt die eine Seite stärker. Da überwiegend die rechte Seite geschädigt ist, entsprechend der größeren Häufigkeit rechtsseitiger Kinderlähmungen, könnte es sich erklären, daß sich unter den Epileptikern auffallend viele Linkshänder befinden, 17,5% gegen 8% bei Geisteskranken im allgemeinen und 1—4% bei Gesunden; auch Lombroso und Féré fanden häufiges Überwiegen der linken Seite bei Epileptikern. Endlich deuten nach

[1]) Redlich, Archiv f. Psychiatrie XLI, 56; ebenda XLIV; Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 36, 197.

Redlichs Ausführungen Schädelasymmetrien, wie sie vielfach bei Epileptikern beobachtet werden, auf halbseitige Hirnschädigungen in frühester Jugend hin.

Man wird nach diesen Erfahrungen nicht in Abrede stellen können, daß im Gefolge der Kinderlähmung epileptische Störungen recht häufig zustande kommen. Dennoch dürfte sich der Beweis, daß umgekehrt die Epilepsie in einer großen Zahl von Fällen der Ausdruck einer alten „Kinderlähmung ohne Lähmung" sei, durch die von Redlich angeführten Beobachtungen überhaupt nicht erbringen lassen. Auch die epileptischen Hirnveränderungen, die ja sehr tiefgreifende, bis zur Vernichtung des Nervengewebes fortschreitende Schädigungen darstellen können, sind ganz gewöhnlich an dieser oder jener Stelle des Hirns besonders stark ausgeprägt; Halbseitenerscheinungen können daher ebensogut bei der genuinen Epilepsie wie bei der Kinderlähmung zustande kommen. Organisch bedingte Herderscheinungen, wenn es sich nicht um ganz grobe Ausfälle handelt, können also keineswegs als sicheres Kennzeichen der Kinderlähmung gegenüber der Epilepsie gelten. Jedenfalls müssen wir nach dem heutigen Stande der Frage, namentlich auch nach den pathologisch-anatomischen Befunden, mit aller Strenge daran festhalten, daß beiden Formen durchaus verschiedene Krankheitsvorgänge zugrunde liegen, mag es auch im einzelnen Falle schwierig oder selbst unmöglich sein, sie klinisch auseinanderzuhalten.

Ganz ähnliche Schwierigkeiten begegnen uns bei der Beurteilung der Rolle, die der Lues als Ursache der Epilepsie zukommt. Auf der einen Seite vermag die Lues unmittelbar das Krankheitsbild der Epilepsie zu erzeugen. Die Grundlage des Leidens bilden hier greifbare syphilitische Veränderungen, wie früher näher ausgeführt wurde, wahrscheinlich am häufigsten endarteriitischer Art. Es liegt auf der Hand, daß diese Formen von der echten Epilepsie streng abgetrennt werden müssen. Dagegen ist, namentlich von Binswanger, die Vermutung ausgesprochen worden, daß die Syphilis unter Umständen auch durch allgemeine Beeinflussung des Stoffwechsels echte Epilepsie verursachen könne, eine Anschauung, deren Berechtigung noch genauerer Nachprüfung bedarf. Daß auch der Rachitis ursächliche Beziehungen zur Epilepsie zugeschrieben worden sind, soll hier nur kurz erwähnt werden.

Sehr erheblich und unbestritten ist die Rolle, die der Alkohol, auch abgesehen von seiner keimschädigenden Wirkung, bei der Entwicklung epileptischer Erkrankungen spielt. Zunächst ist zu beachten, daß der Epileptiker von vornherein in erheblicher Gefahr schwebt, Trinker zu werden. Wenn er, wie so vielfach, von trunksüchtigen Eltern abstammt, werden schon Erziehung und Beispiel in diesem Sinne wirken. Sodann legen es ihm die häufigen Verstimmungen nahe, Befreiung und Lustigkeit beim Alkohol zu suchen, gegen den er zudem oft genug noch eine geringere Widerstandsfähigkeit besitzt. Endlich aber pflegt wenigstens den unbemittelten Kranken sein Leiden in der Klasse der Tagelöhner und Gelegenheitsarbeiter zurückzuhalten, wenn es ihn nicht gar zum Bettler und Landstreicher macht, ein Umstand, der ihn natürlich der Verführung zum Trunke in erhöhtem Maße aussetzt. Unter den von mir in München beobachteten 403 epileptischen Männern waren 57,2%, von den 112 epileptischen Frauen 17,1% Trinker. Es kann demnach kaum zweifelhaft sein, daß die größere Häufigkeit der Epilepsie bei den Männern wie auch gewisse Eigentümlichkeiten in der klinischen Gestaltung des Krankheitsbildes zum guten Teile durch die Mitwirkung des Alkoholmißbrauches bestimmt werden. Vergleichen wir bei beiden Geschlechtern die Fälle mit und ohne Alkohol, so zeigt sich zunächst, daß die Alkoholfälle wesentlich später beginnen; von ihnen standen beim Auftreten der Krankheit nur 52,2% vor dem 20. Lebensjahre, während es bei den Fällen ohne Alkohol 76,3% waren. Gerade dieser Umstand spricht dafür, daß in der Tat dem erst später einsetzenden Alkoholmißbrauche ein ursächlicher Einfluß zugeschrieben werden darf. In klinischer Beziehung ließ sich feststellen, daß in den Fällen ohne Alkohol Schwindelanfälle und Erregungszustände häufiger, dagegen Ohnmachten, Absenzen und Dämmerzustände etwas seltener waren, als in den übrigen Beobachtungen. Ferner fand sich die Entwicklung des kennzeichnenden epileptischen Schwachsinns bei den Alkoholkranken viel weniger häufig; namentlich kam auch bei ihnen lange nicht sooft das eigentümlich schwerfällige, umständliche, zutunliche Wesen der Epileptiker zur Beobachtung, während ihre Reizbarkeit und Vergeßlichkeit kaum geringer war.

Diese Erfahrungen legen die Annahme nahe, daß der Epilepsie der Trinker möglicherweise eine wesentlich andere Bedeutung zu-

kommt, als der gewöhnlichen Epilepsie. Für einen Teil der Fälle darf das als sicher gelten. Vor allem sind jene schweren epileptischen Anfälle, die so häufig das Delirium der Trinker einleiten, gewiß nicht als Ausdruck einer genuinen Epilepsie zu betrachten, für deren Bestehen sonst in der Regel kein Anhaltspunkt vorliegt. Vielmehr handelt es sich offenbar um eine Teilerscheinung jener tiefgreifenden Stoffwechselstörung, die wir als Grundlage des Deliriums anzunehmen berechtigt sind; die Anfälle wären also ähnlich zu beurteilen wie die urämischen oder eklamptischen Krämpfe. Weiterhin aber kommen ganz entsprechende Anfälle auch ohne Verbindung mit dem Delirium gelegentlich bei schwerem Alkoholismus zur Beobachtung, namentlich bei Schnapstrinkern. Da wir unter den gleichen Verhältnissen oft genug auch Andeutungen von deliranten Störungen antreffen, wird die Ansicht gerechtfertigt sein, daß es eine Form der Epilepsie gibt, die lediglich durch die bei den Trinkern sich herausbildenden Stoffwechselstörungen verursacht wird, und bald mit, bald ohne Zusammenhang mit dem Delirium tremens auftritt. Das wäre die Alkoholepilepsie, deren klinische Eigentümlichkeiten wir früher näher besprochen haben.

Es kann jedoch keinem Zweifel unterliegen, daß nicht jede bei einem Trinker beobachtete Epilepsie als Alkoholepilepsie in dem hier umschriebenen Sinne angesehen werden darf. Im Gegenteil muß diese letztere wenigstens bei uns als verhältnismäßig selten bezeichnet werden. Bei der großen Masse der unserer Klinik zugehenden epileptischen Trinker handelt es sich entweder um eine einfache Verbindung der Epilepsie mit Alkoholismus oder um jene Krankheitsform, die Bratz[1]) als „habituelle Epilepsie der Trinker" bezeichnet hat. Im ersteren Falle kann ein Epileptiker rein zufällig oder im Anschluß an Verstimmungszustände zum Trinken gekommen sein, so daß er unter Umständen dipsomanische Züge darbietet. Im zweiten Falle besteht eine epileptische Veranlagung, die jedoch erst durch die Mitwirkung des Alkoholismus zur Entwicklung gelangt und durch ihn in bestimmter Weise beeinflußt wird. Wie hier der Zusammenhang aufzufassen ist, läßt sich zur Zeit kaum sagen, da wir das Wesen der Epilepsie noch zu wenig kennen. Nachdem aber die epileptischen Anfälle jedenfalls von auffallenden Störungen im Körperhaushalte begleitet werden, wird man etwa daran denken

[1]) Bratz, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI, 334.

können, daß der Alkohol das Auftreten jener Störungen besonders begünstigt; wir werden später noch darauf zurückzukommen haben. Jedenfalls ist es eine alltägliche Erfahrung, daß schon bestehende Epilepsien durch Alkoholmißbrauch, namentlich durch die Entwicklung eines Alkoholismus, in hohem Grade ungünstig beeinflußt werden. Es wird daher, wenn bei einem Trinker zum ersten Male epileptische Störungen hervortreten, mit der Möglichkeit zu rechnen sein, daß nunmehr eine schlummernde epileptische Anlage, die sonst unentwickelt geblieben wäre, durch den Alkoholeinfluß zur Entfaltung gebracht worden ist. Der Anteil des Alkohols an der Entstehungsgeschichte des Leidens kann dabei größer oder geringer sein, ohne daß wir doch genötigt wären, solche Erkrankungen grundsätzlich von der genuinen Epilepsie abzutrennen. Allerdings könnte das häufige Ausbleiben der eigenartigen psychischen epileptischen Veränderungen in diesem Sinne gedeutet werden, doch ist zu bedenken, daß die habituelle Epilepsie der Trinker regelmäßig erst in höherem Lebensalter einsetzt, in dem überhaupt die Beeinflussung der psychischen Gesamtpersönlichkeit viel weniger leicht zustande kommt, als in der frühen Jugend. Der am meisten kennzeichnende Zug der Epileptiker, die naive Zutunlichkeit, findet sich vielfach in gleicher Weise auch bei der Kinderlähmung, während er der Spätepilepsie fehlt. Es handelt sich dabei also offenbar mehr um ein Zurückbleiben auf kindlicher Stufe, wie wir es bei der spät beginnenden habituellen Epilepsie der Trinker nicht erwarten könnten, selbst wenn der Krankheitsvorgang an sich genau derselbe wäre.

Auch nach anderen Vergiftungen können gelegentlich epileptische Störungen auftreten, die aber dann ähnlich zu beurteilen sind wie die eigentliche Alkoholepilepsie, und mit der echten Epilepsie nichts zu tun haben. Das gilt namentlich von der Bleiepilepsie, soweit sie wirklich nur durch Bleivergiftung verursacht ist; oft wird es sehr schwer, das Bestehen einer genuinen Epilepsie auszuschließen oder die Rolle abzuschätzen, die etwa einem Alkoholismus neben der Bleivergiftung zugemessen werden muß. Jelliffe hat epileptische Anfälle nach Santoninvergiftung beschrieben; Finkh und Berger erwähnen solche nach Kohlenoxydgasvergiftung.

Zum Schlusse haben wir noch kurz jener Fälle zu gedenken, in denen Erkrankungen der Nase, des Ohres, des Nasenrachenraums[1]),

[1]) Frey, Wiener Medizinische Presse 1907, 48.

der Zähne als Ursachen der Epilepsie verzeichnet werden, meist mit sehr günstigen Behandlungsergebnissen. Auch soweit es sich dabei wirklich um epileptische und nicht um hysterische Erscheinungen gehandelt hat, ist jedenfalls nur an eine auslösende Wirkung der genannten Störungen zu denken. Das gleiche dürfte von den vereinzelten Fällen gelten, in denen Anfälle anscheinend durch Narbenzerrungen, namentlich nach Kopfverletzungen, verursacht werden. In einem von Windscheid beobachteten derartigen Falle handelte es sich um ein Gliom.

Noch eine ganze Reihe von äußeren Einwirkungen können unter Umständen auf vorbereitetem Boden epileptische Anfälle auslösen. Vor allem kommt auch hier wieder der Alkoholgenuß in Betracht. Auch bei solchen Kranken, deren Epilepsie zum Alkoholmißbrauche bestimmt in keiner ursächlichen Beziehung steht, genügen öfters ganz geringe Mengen geistiger Getränke, um einen Anfall hervorzurufen; vielleicht ist das nur zu gewissen Zeiten der Fall, in denen er ohnedies schon vorbereitet war. Andere Kranke bekommen regelmäßig, bisweilen auch nur dann einen Anfall, wenn sie stark trinken. Weiterhin wird das Auftreten von Anfällen durch Überladung des Magens begünstigt, zu der namentlich die verblödeten Epileptiker neigen. Von besonderer Bedeutung ist ferner die Kost. Alt berichtet, daß auf seinen Epileptikerabteilungen bei Verabreichung zu frischen Brotes, schlechter Kartoffeln, blähender Gemüse bisweilen tageweise eine auffallende Häufung der Anfälle stattgefunden habe. Fleischkost, namentlich aber Nahrung, die viele Kernsubstanzen enthält, scheint einen ungünstigen Einfluß auszuüben. Rohde sah bei einer Kranken, die zum Zwecke von Stoffwechselversuchen mit purinfreier Kost ernährt wurde, mehrfach nach Genuß von Kalbsbries und nach Darreichung von Nukleinsäure Anfälle auftreten.

Von sonstigen Anlässen werden noch große Hitze, Bäder, sodann aber erschütternde oder auch freudige Gemütsbewegungen genannt. Ich fand eine solche gemütliche Auslösung von Krampfanfällen bei 5,5% meiner männlichen, bei 12,6% der weiblichen Kranken angegeben, ein Zeichen für die größere Lebhaftigkeit der Gemütsbewegungen beim weiblichen Geschlechte. Häufig handelte es sich dabei allerdings nur um die Entstehung des ersten Anfalles, der mit oder ohne Berechtigung auf eine Gemütserschütterung, be-

sonders Schreck, zurückgeführt wurde; bei einer Kranken begann das Leiden nach einem Bauchschnitte. Man darf wohl annehmen, daß in solchen, immerhin vereinzelten Fällen, soweit ursächliche Zusammenhänge überhaupt bestehen, die Gemütserschütterung nur den letzten Anstoß zu dem schon vorbereiteten Ausbruche des Leidens gibt; sonst müßte die Epilepsie noch viel häufiger sein. Hie und da dürfte es sich dabei in Wirklichkeit um hysterische Anfälle handeln. Tiburtius erwähnt eine Kranke, die durch Fixieren eines nahegelegenen Punktes den Anfall herbeirufen konnte, wenn die Zeit gekommen war. Ricklin vermochte in einem Falle durch Einreden in der Hypnose einen Anfall mit folgendem Dämmerzustande zu erzeugen. Einer meiner Kranken bekam Anfälle, wenn er Musik, namentlich Orgelspiel, hörte. Ein anderer zeigte bei Erregung kurzdauernde Krämpfe im Arm, ein dritter „Nervenzucken" mit Verdrehen der Augen; auch hier wird man vielleicht an hysterische Beimischungen zu denken haben. —

Aus unseren bisherigen Darlegungen geht klar die Berechtigung des Satzes hervor, den wir an den Eingang unserer Erörterungen gesetzt haben, daß die Epilepsie keine einheitliche Krankheit, sondern einen Sammelbegriff bedeutet, der eine Reihe von ganz verschiedenartigen krankhaften Vorgängen umfaßt. Schon Féré betitelte sein Buch: „Les épilepsies", und auch Alzheimer und Vogt haben in ihren Referaten 1907 den gleichen Standpunkt mit allem Nachdruck vertreten. Ersterer hält neben einer Gruppe von „noch ganz dunkler Ätiologie" solche Formen der Epilepsie auseinander, die mit äußeren Giften, mit Allgemeinerkrankungen, mit Herderkrankungen oder mit Entwicklungshemmungen des Gehirns in Zusammenhang stehen; er macht also den Versuch einer Gruppierung nach den mutmaßlichen Krankheitsursachen. Unter anderen Gesichtspunkten lassen sich eine „Jacksonsche", eine „Koshewnikowsche" Epilepsie, eine Spätepilepsie, eine Hysteroepilepsie und noch manche weitere Formen abtrennen.

Nach den in diesem Buche vertretenen Grundanschauungen wäre anzunehmen, daß eine Verschiedenheit der wahren Ursachen regelmäßig solche in den klinischen Erscheinungen, in Verlauf und Ausgang wie in den anatomischen Grundlagen bedingen muß, auch wenn wir heute diese Beziehungen noch nicht zu übersehen vermögen. Dem entsprechend sind schon in der bis-

herigen Darstellung eine Reihe von Krankheitsformen mit epileptischen Krämpfen ausgeschieden und an anderer Stelle besprochen worden, so die Urämie und Eklampsie, die syphilitische und Alkoholepilepsie, diejenige bei groben Herderkrankungen, bei gewissen Idiotieformen, bei der Dementia praecox usf. Sie gehören alle zusammen in das Gebiet der sogenannten „symptomatischen" Epilepsie, bei der das Hauptkennzeichen der „Epilepsie", der große Krampfanfall, durch die verschiedenartigsten Ursachen zur Auslösung gebracht wird. Ihnen steht heute zunächst als einheitliche Gruppe die große Masse der Fälle „mit noch ganz dunkler Ätiologie" gegenüber. Wollen wir versuchen, uns eine Vorstellung von dem Wesen „der" Epilepsie zu machen, soweit das zurzeit möglich ist, so müssen wir uns jedenfalls auf diesen Kern unserer Beobachtungen, auf die „genuine" Epilepsie beschränken, von der wir wenigstens soviel wissen, daß sie mit keiner Form der symptomatischen Epilepsie wesensgleich ist. Ihre Eigentümlichkeiten bilden einmal ihre selbständige Entstehung aus inneren Krankheitsvorgängen, die periodischen, von äußeren Anlässen wesentlich unabhängigen, in einem bestimmten Formenkreise sich bewegenden, gleichartigen Anfälle, endlich der oben näher geschilderte, mehr oder weniger stark ausgeprägte Leichenbefund.

Die erste Frage, vor der wir stehen, ist die, ob wir die eigentliche Ursache der Epilepsie im Gehirn oder in anderen Gebieten des Körpers zu suchen haben. Dazu ist zunächst zu bemerken, daß reine Hirnerkrankungen ohne Zweifel epileptische Krankheitserscheinungen verursachen können, wie das Beispiel der Hirngeschwülste, der Hirnverletzungen und wohl auch der Arteriosklerose dartut. Auch das Auftreten von Krampfanfällen bei der multiplen, lobären, tuberösen Sklerose des Hirns, bei der Alzheimerschen Krankheit, bei der amaurotischen Idiotie lehrt uns, daß krankhafte Veränderungen des Hirngewebes ohne weiteres Epilepsie im weiteren Sinne erzeugen können. Da Art und Ablauf der Anfälle, soweit wir heute sehen können, bei den genannten Krankheiten keine durchgreifenden Unterschiede erkennen lassen, müssen wir wohl annehmen, daß bei der Entstehung von Krampferscheinungen gewisse vorgebildete Einrichtungen unseres Zentralnervensystems in Bewegung gesetzt werden, die dann in der bekannten Weise auf die krankhaften

Reize reagieren. Nur so wird es erklärlich, daß die ganz verschiedenartigen krankhaften Veränderungen, die wir bei den angeführten Krankheiten vorfinden, doch alle im wesentlichen die gleichen Krampfformen zu erzeugen imstande sind. Auf Grund dieser Erwägungen werden wir zu dem Schlusse kommen, daß jedenfalls überall dort, wo epileptische Krämpfe entstehen, krankhafte Vorgänge im Hirn sich abspielen müssen, die geeignet sind, das bekannte, eigentümliche Zusammenspiel von Bewegungen auszulösen. In der Tat werden auch greifbare, feinere oder gröbere Veränderungen des Hirngewebes bei den mit epileptischen Krämpfen einhergehenden Krankheiten niemals vermißt.

Dennoch haben sich diejenigen Anschauungen, welche die Epilepsie als eine einfache Gehirnkrankheit ansehen, nur in beschränktem Maße Anerkennung verschafft. So hat Kocher als die wesentliche Grundlage der Epilepsie eine allgemeine oder örtliche Erhöhung des inneren Schädeldruckes angesehen, und Schnitzer hat eine sich schleichend entwickelnde Stauung der Zerebrospinalflüssigkeit angenommen, die durch rasche, hochgradige Steigerung des Druckes in den Hirnhöhlen den Anfall auslösen sollte. Turner sah als die Ursache der Anfälle Thrombosenbildung in den Hirngefäßen an, die allerdings aus krankhafter Blutbeschaffenheit hervorgehen sollte. Für die durch Hirn- oder Schädelnarben ausgelösten Anfälle pflegt man die Zerrung des nächstgelegenen Hirngewebes, für die Krämpfe bei Hirngeschwülsten deren Druckwirkung auf die Umgebung, für diejenigen bei anderen Hirnerkrankungen mechanische oder chemische Reize verantwortlich zu machen, die man sich durch Gewebszerfall, Gliawucherung und Narbenbildung bedingt vorstellt.

Weit fruchtbarer für das Verständnis der genuinen Epilepsie, als die angeführten, zum Teile ganz unbewiesenen, zum Teil sehr unbestimmten oder nur für begrenzte Gebiete anwendbaren Vorstellungen, sind die Erfahrungen geworden, die auf die Entstehung epileptischer Störungen durch Giftwirkungen hinweisen. Auch hier werden freilich Hirnveränderungen hervorgerufen, die als nächste Ursache der klinischen Erscheinungen anzusehen sind, aber der eigentliche Krankheitserreger ist ein im Blute kreisender Stoff, der entweder im Körper selbst erzeugt wird oder von außen in ihn eindringt. Letzteres trifft zu bei der Epilepsie nach Vergiftung mit

Blei oder Kohlenoxydgas, ferner bei den durch akute Infektionskrankheiten, die Encephalitis der Kinder, die Lues verursachten Formen. Als Beispiele für den ersteren Vorgang dagegen wären vor allem die urämischen und eklamptischen Krämpfe anzusehen, ferner diejenigen bei Kachexia strumipriva und beim Diabetes. Wenn die von mir vertretenen Anschauungen richtig sind, würden endlich auch die Alkoholepilepsie und die epileptischen Anfälle der Paralytiker auf Stoffwechselgifte zurückzuführen sein, die durch Organerkrankungen im Gefolge der ursprünglich einwirkenden Schädlichkeiten entstehen. Bouché denkt an Beziehungen der Epilepsie zu den „états thymiques", den mit Erhaltung der Thymusdrüse verbundenen Veränderungen im Körperhaushalt.

Jedenfalls zeigen uns die angeführten Erfahrungen, daß die eigentliche Ursache epileptischer Störungen sehr häufig außerhalb des Gehirns gesucht werden muß, wenn auch ihr letzter Angriffspunkt natürlich immer im Hirngewebe liegt. Daß hier wie bei der Paralyse trotz der aus der gesamten Klinik des Leidens sich ergebenden Gegengründe ein Mikroorganismus, der „Neurococcus (Bra)" als Krankheitserreger beschrieben wurde, soll nur als Merkwürdigkeit erwähnt werden. Im übrigen hat die genauere Durchforschung der genuinen Epilepsie, wie früher berichtet, eine Reihe von Erfahrungen zutage gefördert, die darauf hinweisen, daß die epileptischen Krankheitserscheinungen von allgemeinen Umwälzungen im Körperhaushalte begleitet sind. Daß diese in ihren Einzelheiten etwa durch die Gehirnveränderungen hervorgerufen sein sollten, erscheint kaum denkbar, nachdem wir einmal schwere Hirnerkrankungen genug kennen, die nicht von derartigen Störungen begleitet sind, und da uns andererseits die Erzeugung epileptischer Störungen durch Stoffwechselgifte ganz geläufig ist. So liegt jedenfalls die Annahme am nächsten, daß wir es bei der genuinen Epilepsie mit krankhaften Abweichungen im Körperhaushalte zu tun haben, durch die im Gehirn bestimmte Veränderungen als nächste Ursache der epileptischen Krankheitserscheinungen hervorgerufen werden; fraglich ist es nur, welcher Art die Stoffwechselerkrankung ist, und wo sie ihren Sitz hat. Für diese Auffassung ist namentlich auch die Beobachtung ins Feld geführt worden, daß die Anfälle vielfach von Erscheinungen begleitet sind, die auf eine Vergiftung hindeuten, Hinfälligkeit, Schläfrigkeit,

Kopfschmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Zungenbelag, Darmstörungen. Aus dem Schwinden oder Fortbestehen dieser Zeichen soll man schließen können, ob eine Reihe von Anfällen abgeschlossen ist oder nicht. Auch die Beziehungen der Anfälle zu den Menses und zur Schwangerschaft, ihr Aufhören in fieberhaften Krankheiten würde mit der Annahme von Stoffwechselstörungen gut vereinbar sein.

Leider sind die Vorstellungen, die wir uns über die bei der Epilepsie auftretenden Stoffwechselstörungen bilden können, zur Zeit trotz der unendlichen, auf die Erforschung verwendeten Mühe noch äußerst unvollkommene. Man hat sich daher vielfach mit der ganz allgemeinen Annahme begnügt, daß eben auf irgendeinem Wege eine krankhafte Beeinflussung der Abbauvorgänge im Körper zustande komme. Agostini betrachtet die Epilepsie als den gemeinsamen Ausdruck sehr verschiedenartiger Stoffwechselstörungen, und auch Hoppe vertritt die Ansicht, daß eine Schädigung an irgendeiner der Stellen im Körper, denen die Entgiftung obliegt, das Eindringen krampferzeugender Gifte in den Körperhaushalt bedingen könne; er denkt dabei an giftige Abbauerzeugnisse des intermediären Stoffwechsels. Nach dieser Anschauung würden Funktionsstörungen der Haut, der Nieren oder Nebennieren, der Schilddrüse, der Leber, der Darmschleimhaut in gleicher Weise epileptische Erscheinungen hervorzurufen imstande sein. So wenig sich diese Anschauung grundsätzlich widerlegen läßt, werden wir doch bei der immerhin überraschenden Einheitlichkeit des klinischen Bildes kaum geneigt sein, für die genuine Epilepsie eine so vielgestaltige Entstehungsgeschichte anzunehmen; vielmehr wird man wohl in der Hauptsache an eine bestimmte Form der Stoffwechselstörung als gemeinsame Grundlage der echten epileptischen Krankheitsbilder zu denken haben.

Sehr viel Verbreitung hat die Anschauung gefunden, daß abnorme Zersetzungsvorgänge im Darm eine ursächliche Rolle spielen. Sie stützt sich namentlich auf die Vermehrung von Indol, Phenol, gepaarten Schwefelsäuren im Harn, die man als Zeichen von Verdauungsstörungen betrachtet. Es ist jedoch zunächst darauf hinzuweisen, daß diese Deutung der erwähnten Befunde noch strittig ist. Sodann könnten Störungen der Darmverdauung vielleicht auch ganz nebensächliche Begleiterscheinungen der Epilepsie oder erst durch

das Gehirnleiden bedingt sein. Ferner ist eine regelmäßige Beziehung zwischen dem gesteigerten Auftreten jener Abbaustoffe und den epileptischen Anfällen keineswegs erwiesen. Endlich aber können wir die gleichen Befunde oft genug auch bei ganz anderen Leiden ohne epileptische Begleiterscheinungen erheben, so daß sie also jedenfalls für das Leiden nicht kennzeichnend sind.

Diese letztere Überlegung fällt deswegen besonders ins Gewicht, weil eine Reihe weiterer Forschungsergebnisse weit mehr der Epilepsie eigentümlich zu sein scheinen. Sie haben daher auch den Ausgangspunkt für alle Versuche gebildet, eine mehr ins einzelne gehende Erklärung der epileptischen Anfälle zu geben. So stellte Haig die Ansicht auf, daß die von ihm gefundene Aufspeicherung der Harnsäure im Blute zu einer Verengerung der kleinen Gefäße und damit zu einer Steigerung des Blutdruckes führe, die dann den Anfall auslöse. Noch tiefer suchte Krainsky in das Verständnis der hier sich abspielenden Vorgänge einzudringen. Für die Entstehung der epileptischen Anfälle machtc er die periodische Anhäufung von karbaminsaurem Ammoniak im Blute verantwortlich, das er als die Vorstufe der im Harn nachweisbaren Harnsäure betrachtete. Er fand dieses Gift im Blute der Epileptiker, freilich auch in demjenigen Gesunder; ferner erzeugte er durch Einspritzung von karbaminsaurem Ammon wie von Epileptikerblut bei Kaninchen Krämpfe. Endlich vermochte er, aus einer Verminderung der Harnsäureausscheidung das Eintreten von Anfällen vorherzusagen. Im Anfalle sollte nach seiner Meinung das karbaminsaure Ammon zerfallen, so daß dieser gewissermaßen ein Sicherheitsventil gegen die Anhäufung des Giftes im Blute bilde.

Leider haben diese Anschauungen späterhin keine Bestätigung gefunden. Der Nachweis des karbaminsauren Ammoniaks im Blute hat sich als nicht zuverlässig erwiesen; die künstliche Erzeugung von Anfällen durch Einspritzung von Epileptikerblut war Binswanger nicht möglich. Auch die engen Beziehungen der epileptischen Anfälle zu den Schwankungen der Harnsäureausscheidung sind von einer Reihe von Untersuchern, Mainzer, Hoppe, Couvreur, Rohde, Tintemann durchaus nicht so regelmäßig gefunden worden, wie sie nach Krainskys Annahmen sein müßten. Zudem hat Mainzer darauf aufmerksam gemacht, daß die Mengen von karbaminsaurem Ammoniak, die im Blute der Epileptiker kreisen

müßten, um Anfälle zu erzeugen, ganz ungeheuerlich groß anzunehmen wären.

Anknüpfend an die von Krainsky entwickelten Vorstellungen sieht Guidi[1]) eine Vergiftung durch Karbaminsäure als die Ursache der epileptischen Anfälle an; er betrachtet die von ihm gefundene Vermehrung der Ammoniakausscheidung kurz vor und nach dem Anfalle als ein Zeichen der allmählich bis zu einem Höhepunkte anwachsenden Säurevergiftung. Als eigentliche Ursache der klinischen Erscheinungen gilt ihm eine Störung in der Funktion der Leber, die unfähig geworden sei, das karbaminsaure Ammoniak in Harnstoff und Wasser zu zerlegen; dem entspreche die verminderte Ausscheidung des Harnstoffes vor dem Anfalle und ihre Steigerung nachher. Durch regelmäßige Einführung von einigen Grammen (bis 5 oder 6) kohlensauren Ammoniaks, das im Blute leicht in karbaminsaures Ammon übergeht, konnte er bei Epileptikern eine Zunahme der Anfälle erzielen, während Hysterische selbst 20 g ohne Nachteil vertrugen. Dem gegenüber sah Motti von der Darreichung des kohlensauren Ammons (0,5—6 g täglich) keine nennenswerte Beeinflussung der epileptischen Störungen. Ziveri, der 15 Epileptikern Gaben bis zu 12 g zuführte, beobachtete nur einmal eine Verschlechterung des Zustandes. Auch die theoretischen Grundlagen der Anschauungen Guidis sind, wie Allers ausgeführt hat, sehr unsichere.

An eine Säurevergiftung als auslösende Ursache der epileptischen Störungen glaubt auch Kaufmann; sie soll ihre Grundlage in einer krankhaften Störung des Kohlehydratstoffwechsels haben. Da von verschiedenen Seiten, namentlich von Rohde und Allers, zahlreiche und schwerwiegende Einwendungen gegen seine Befunde wie gegen die aus ihnen gezogenen Schlüsse erhoben worden sind, wird an deren Verwertung für eine Theorie der Epilepsie vorderhand nicht zu denken sein. Auch die von Rohde gefundenen Tatsachen, die auf eine Beziehung der epileptischen Anfälle zum Nukleinstoffwechsel hinweisen, ermöglichen es uns zur Zeit noch nicht, uns irgendein genaueres Bild von dem Wesen des hier besprochenen Leidens zu entwerfen. Die Annahme einer Säurevergiftung wird von Rohde im Hinblick auf die Geringfügigkeit der auftretenden Mengen von Milchsäure und Ammoniak abgelehnt.

[1]) Guidi, Rivista sperim. di freniatria 1908, 110.

Donath hat die Epilepsie als eine Cholinvergiftung aufgefaßt, da er nach Einspritzung des genannten Giftes in die Venen, unter die harte Hirnhaut, namentlich aber in die Hirnmasse, Krämpfe auftreten sah. Buzzard und Allen sowie Handelsmann wiederholten die Versuche und kamen zu dem Ergebnisse, daß zwar bei Einspritzung sehr hoher Gaben ins Gehirn epilepsieartige Krämpfe auftreten, daß aber die dazu erforderlichen Mengen außerordentlich weit über diejenigen hinausgehen, die nach Donaths eigenen Angaben jemals in der menschlichen Spinalflüssigkeit beobachtet werden. Dazu kommt, daß Donaths Cholinbefunde, wie früher erwähnt, noch keineswegs als gesichert gelten können. Marie Imchanitzky-Ries sieht in der Epilepsie den Ausdruck einer Störung des Arsenstoffwechsels; das Gift soll im Körper zurückgehalten werden und sich ansammeln.

Eine wesentliche, bis jetzt noch unüberwindliche Schwierigkeit für die Deutung der epileptischen Stoffwechselstörungen bildet die Unklarheit über die Frage, wieweit sie selbständig entstehen und demnach für die Verursachung der Krankheitserscheinungen in Betracht kommen könnten, und wie weit sie einfach als Folge der in den Anfällen sich abspielenden Vorgänge anzusehen sind. Für einen Teil der beobachteten Veränderungen ist die letztere Annahme recht wahrscheinlich, so für die Zunahme der Acidität, des Ammoniaks, vielleicht auch der Kalksalze, die Vermehrung des Reststickstoffs und Restkohlenstoffs, der Aminostickstoffe, des Kreatins und Kreatinins, das Auftreten von Eiweiß im Harn, kurz aller derjenigen Befunde, die sich unmittelbar oder mittelbar etwa aus der erhöhten Muskeltätigkeit und dem Sauerstoffmangel während des Krampfanfalles herleiten lassen. Wieweit das auch für die Leukocytose mit der vielleicht von ihr abhängigen Zunahme der Harnsäure und Phosphorsäure sowie der Harnkolloide gilt, ist wohl noch unsicher. Allers hat darauf hingewiesen, daß nicht nur, wie Rohde annahm, die Harnsäurevermehrung durch den Zerfall der Leukocyten, sondern umgekehrt vielleicht die Leukocytose durch eine stärkere Bildung von Purinsubstanzen im Körper bedingt sein könne. Diese letztere Annahme würde fallen, wenn die bisher unbestätigte Angabe von Klippel richtig wäre, daß auch nach hysterischen Anfällen eine Leukocytose auftrete.

Zur Klärung dieser und einer Reihe ähnlicher, uns hier entgegen-

tretender Fragen bedürfen wir zunächst noch umfassender Untersuchungen darüber, welche der vielen, nach epileptischen Anfällen erhobenen Befunde wirklich nur der genuinen Epilepsie angehören, und welche auch bei andersartigen Anfällen in ähnlicher Weise beobachtet werden. Sodann wird festzustellen sein, wie weit jene Umwälzungen auch mit den nicht krampfartigen Erscheinungsformen der genuinen Epilepsie verknüpft sind. Besitzen wir über diese beiden Punkte ein ausreichendes, gesichertes Tatsachenmaterial, so werden sich leicht die für das Wesen der Epilepsie nebensächlichen Anfallsfolgen von den Grundstörungen des Leidens abtrennen lassen.

Eine weitere Aufgabe wird, wie Allers betont hat, in einer genaueren Erforschung der Stoffwechselstörungen bestehen, die auch in den anfallsfreien Zwischenzeiten vorhanden sind. Sie werden zwar weit unscheinbarer, aber für das Verständnis der Epilepsie sehr viel wichtiger sein, als die verwickelten, den Anfall selbst begleitenden Umwälzungen, deren Zusammenhänge wir heute doch nicht zu entwirren vermögen. Die Zurückhaltung von Stickstoff im Körper, die verlangsamte Verarbeitung von Nukleinsäure, vielleicht auch von Benzol, die Abnahme der Harnmenge, die Zunahme der ätherlöslichen Säuren, vielleicht auch der Harnsäure, die Steigerung der antitryptischen Kraft des Blutes und manche andere, mehr oder weniger regelmäßig vor den Anfällen auftretende Veränderungen deuten darauf hin, daß die genuin-epileptischen Krankheitserscheinungen der Ausdruck sich allmählich vorbereitender und sich periodisch wiederholender, allgemeinerer Umwälzungen im Körper sind.

Will man diese Vorstellung den Anschauungen anpassen, wie wir sie uns heute etwa über die Entstehung des Koma diabeticum, der urämischen oder eklamptischen Krämpfe, ja auch der paralytischen und alkoholepileptischen Anfälle zu bilden pflegen, so würden wir annehmen, daß bei der Epilepsie krankhafte Abweichungen im intermediären Stoffwechsel die Entstehung oder die ungenügende Zerstörung giftiger Abbaustoffe zur Folge haben. Deren Ansammlung im Körper würde dann einmal die periodische Auslösung anfallsartiger Störungen bedingen und ferner, wenn ein jeweils vollständiger Ausgleich der sich immer von neuem entwickelnden Schädigungen nicht möglich ist, allmählich jene dauernden Veränderungen des Hirngewebes herbeiführen, die wir als die Grundlage der epileptischen Veränderung betrachten. Die Periodizität der Krankheitser-

scheinungen, das oft vorher zu beobachtende Anwachsen einer gewissen Spannung und das Gefühl der Befreiung nach dem Anfalle könnten, ebenso wie die allmähliche Vorbereitung und das rasche Schwinden gewisser Stoffwechselstörungen, dahin gedeutet werden, daß in den Anfällen ein gewisser Ausgleich der krankhaften Veränderungen stattfindet.

Für eine derartige allgemeine Abhängigkeit der genuinen Epilepsie von Abweichungen im Körperhaushalt scheint mir auch der Umstand zu sprechen, daß der Alkohol, der zweifellos sehr entschieden in die Stoffwechselvorgänge eingreift, für die Entwicklung der epileptischen Anfälle eine so große Bedeutung besitzt. Nicht minder fällt die später noch genauer zu würdigende Tatsache ins Gewicht, daß die Ernährungsweise unserer Kranken vielfach einen erheblichen Einfluß auf die Häufigkeit und Schwere der Anfälle gewinnt. Auf der anderen Seite aber sprechen so manche Umstände dafür, daß außer den Stoffwechselstörungen selbst auch eine erhöhte Empfindlichkeit gegen die erzeugten Gifte bei dem Zustandekommen der klinischen Erscheinungen eine wesentliche Rolle spielt. Wir sehen das kindliche Gehirn auf einwirkende Schädlichkeiten weit leichter und ausgiebiger mit Krämpfen antworten; ferner scheint auch der Zeit der Geschlechtsentwicklung eine erhöhte Empfindlichkeit zuzukommen, wenn man nicht annehmen will, daß hier stärkere Umwälzungen im Körperhaushalte mitspielen. Die Häufung der Anfälle zur Zeit der Menses, ihre gelegentliche Auslösung durch heftige Gemütsbewegungen könnte ebenfalls dahin gedeutet werden, daß neben den Giftwirkungen der jeweilige Gehirnzustand mit in Rechnung gezogen werden muß. Man könnte sich vorstellen, daß ein gesundes Nervengewebe in sich selbst gewisse Schutzvorrichtungen besäße, die es befähigten, leichtere Giftwirkungen ohne weiteres auszugleichen, während weniger widerstandsfähige Gehirne vorübergehende und zuletzt dauernde Schädigungen davontragen würden. Auch daran wäre zu denken, daß sich unter Umständen die Neigung, auf die Giftwirkung mit Krampferscheinungen zu antworten, durch häufige Wiederholung des Vorganges fortschreitend verstärkt, daß sich also eine „epileptische Veränderung“ herausbilden kann, die fortbesteht, auch wenn der ursprüngliche Krankheitsvorgang zum Stillstande gekommen ist.

Die hier vertretene Auffassung vom Wesen der Epilepsie würde

vielleicht auch gewisse Erfahrungen über die erbliche Veranlagung unserer Kranken verständlicher machen. Der Umstand, daß hier mehr die allgemeine Keimschädigung, als die Belastung durch Geisteskrankheiten und selbst durch Epilepsie ins Gewicht zu fallen scheint, läßt die Möglichkeit offen, daß vor oder doch neben dem Zustande des Nervengewebes die Minderwertigkeit anderer Organe und ihrer Leistungen für die angeborene Veranlagung zur Epilepsie maßgebend werden kann. Gerade von der über weite Körpergebiete sich erstreckenden und auch den Stoffwechsel schwer schädigenden Wirkung des Alkohols könnte eine derartige Verschlechterung der Anlage wohl erwartet werden. —

Wie alle Krankheitsbegriffe, hat auch derjenige der Epilepsie im Laufe der klinischen Entwicklung Erweiterungen und Einengungen erfahren. Der Rahmen der Krankheit, der ursprünglich durch das Vorkommen der kennzeichnenden Krampfanfälle gegeben war, hat jetzt auch alle diejenigen Fälle in sich aufgenommen, in denen wir die Diagnose der Epilepsie auf Grund andersartiger „Äquivalente" stellen. Die Zugehörigkeit eines gegebenen Krankheitsfalles zur Epilepsie wird somit durch die klinische Übereinstimmung seiner Erscheinungen mit denjenigen dargetan, die uns von zweifellosen Fällen jenes Leidens bekannt sind. Unentwickelte Anfälle aller Art, Ohnmachten, Absenzen, ferner Verstimmungen und Dämmerzustände, endlich die dauernden Veränderungen der psychischen Persönlichkeit gelten uns heute ebensogut als Ausdrucksformen der Epilepsie wie die zunächst die Aufmerksamkeit auf sich ziehenden Krampferscheinungen. Dabei ist jedoch die selbstverständliche Einschränkung zu machen, daß ihre diagnostische Bedeutung, ebenso wie diejenige der letzteren, keine unbedingte ist, sondern nur unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes richtig abgeschätzt werden kann. Man wird es vielleicht grundsätzlich nicht in Abrede stellen, daß ein einziges der genannten Zeichen genügen müßte, um die Epilepsie zu kennzeichnen; auch kommen tatsächlich gar nicht selten Krankheitsfälle vor, bei denen lange Zeit hindurch oder dauernd nur eine bestimmte Form der Äquivalente beobachtet wird. Dennoch wird der Diagnose unter solchen Umständen immer ein gewisser Grad von Unsicherheit anhaften, weil die Deutung der einzelnen Krankheitserscheinung selbst durch sehr erhebliche Fehlerquellen beeinträchtigt werden kann. Zumeist pflegt freilich die Zusammensetzung

des klinischen Bildes aus einer Reihe der bekannten, einander vertretenden Erscheinungen die richtige Erkenntnis ohne besondere Schwierigkeit zu ermöglichen.

Tatsächlich lassen sich im Leben mit Leichtigkeit alle nur denkbaren Mischungen von Äquivalenten unter mannigfaltigster Abstufung ihrer Häufigkeit auffinden. So kannte ich einen Kranken, der oft in epileptischen Stupor verfiel, aber niemals Krämpfe und nur zweimal kurzdauernde Ohnmachten gehabt hatte. Ein anderer bot in ausgeprägtester Form die epileptische Charakterveränderung, ferner periodische Verstimmungen mit heftigen Gewalthandlungen, endlich krankhafte Rauschzustände dar, hatte aber nur ein einziges Mal eine Ohnmacht und einmal einen Anfall von Nachtwandeln, dagegen niemals Krämpfe. Wieder ein anderer zeigte alle halbe Jahre kurz dauernde, schwere Dämmerzustände, ferner ausgeprägte periodische Verstimmungen, aber weder Krämpfe noch Ohnmachten, endlich eine unverkennbare epileptische Persönlichkeit. Diese Beispiele ließen sich nach allen Richtungen hin beliebig vermehren. Unerläßlich für die Diagnose ist jedoch im allgemeinen der Nachweis, daß die anfallsartigen Störungen von äußeren Einflüssen wesentlich unabhängig sind, und daß sie sich in gleichartiger Weise von Zeit zu Zeit wiederholen. Damit soll nicht gesagt sein, daß eine genaue Regelmäßigkeit in der Wiederkehr der Erscheinungen stattfände, was der Erfahrung widersprechen würde. Ebensowenig brauchen die Störungen immer die gleichen zu sein. Dennoch aber gehört es, wie mir scheint, zum Wesen der Krankheit, daß sich von Zeit zu Zeit ohne erkennbaren Anlaß Anfälle aus einem bestimmten, durch unsere früheren Schilderungen annähernd umgrenzten Formenkreise in einförmiger oder vielfach wechselnder Wiederholung immer von neuem einstellen.

Man wird indessen vielleicht die Frage aufwerfen dürfen, ob nicht unter Umständen auch schon die Form des klinischen Krankheitsbildes allein, ohne Rücksicht auf den Gesamtverlauf, die Berechtigung zur Einordnung eines Anfalles in den Rahmen der Epilepsie geben könnte. Tatsächlich verfahren wir alle Tage so, indem wir epileptische Dämmerzustände und Anfälle diagnostizieren, auch bevor wir etwas von der Vorgeschichte wissen. Freilich wird ein solches Urteil nicht selten trügerisch sein.

Die Lehre von den Äquivalenten hat zunächst Klarheit über die

Zugehörigkeit jener Gruppe von Krankheitszuständen zur Epilepsie gebracht, die man früher als „Mania transitoria“[1]), besser als „Delirium transitorium“ bezeichnet hat. Auch das von v. Krafft-Ebing beschriebene transitorische Irresein bei Neurasthenie dürfte hierher gehören, ebenso das Amok der Malayen. Es handelt sich um mehr oder weniger heftige Aufregungszustände mit traumhafter Trübung des Bewußtseins, die sehr rasch verlaufen und keinerlei Erinnerung hinterlassen. Kleine Alkoholmengen und voraufgehende Gemütsbewegungen scheinen die günstigsten Bedingungen für den Ausbruch der Krankheit abzugeben. Klinisch geht die Übereinstimmung mit epileptischen Dämmerzuständen offenbar bis in die kleinsten Einzelheiten, doch sollen in den beschriebenen Fällen alle sonstigen epileptischen Krankheitszeichen gefehlt haben. Da man vielfach nur Krampfanfälle und höchstens Ohnmachten oder ausgeprägte petit-mal-Erscheinungen als sichere Zeichen der Epilepsie zu betrachten pflegte, bin ich nicht gewiß, ob jene Feststellung auch für den hier vertretenen Standpunkt zutreffend ist. So stellte sich in einem von mir lange Zeit beobachteten derartigen Falle heraus, daß außer dem schweren Dämmerzustande wahrscheinlich mehrfach krankhafte Rauschzustände dagewesen waren, und daß von Jugend auf gut gekennzeichnete periodische Verstimmungen bestanden hatten; später traten dann noch mehrfach leichtere Dämmerzustände auf. Auch von einem anderen, der Literatur angehörigen Falle ist mir bekannt geworden, daß nachträglich unzweifelhafte epileptische Störungen zur Entwicklung kamen. Natürlich läßt sich aber nicht mit Bestimmtheit behaupten, daß in allen Fällen von Delirium transitorium immer auch noch andere Zeichen der Epilepsie nachweisbar sein müssen.

Weitere klinische Krankheitsbilder, die unserem Verständnisse durch die neuere Fassung des Epilepsiebegriffes näher gerückt wurden, sind gewisse Formen der Dipsomanie. Nachdem wir als den Ausgangspunkt der periodisch wiederkehrenden Trinkanfälle Verstimmungen kennen gelernt haben, die ohne jeden äußeren Anlaß plötzlich auftreten, und ebenso rasch wieder verschwinden, wenn man dem Kranken das Trinken unmöglich macht, ist die Ähnlichkeit des klinischen Bildes mit den epileptischen Verstimmungen unverkennbar.

[1]) Schwartzer, Die transitorische Tobsucht. 1880; Venturi, Le pazzie transitorie. 1888; v. Krafft-Ebing, Psychiatrische Arbeiten, I, 1.

Sie wird zur vollen Übereinstimmung in denjenigen Fällen, in denen neben den Verstimmungen noch andersartige epileptische Äquivalente zur Beobachtung kommen. Derartige Fälle geben uns vielleicht die Berechtigung, auch dort eine epileptische Grundlage anzunehmen, wo die Verstimmungen nebst den durch sie bedingten Trinkanfällen den einzigen Ausdruck des Leidens bilden, ähnlich wie es Fälle von Epilepsie gibt, in denen nur Krämpfe oder nur Anfälle von petit mal auftreten. Beachtenswert ist dabei noch, daß auch die Alkoholwirkung in den dipsomanischen Anfällen regelmäßig eine abweichende zu sein und an das Verhalten der Epileptiker zu erinnern pflegt. Bisweilen entwickeln sich im Verlaufe des Anfalles ausgeprägte Dämmerzustände mit stärkerer Bewußtseinstrübung; weit häufiger jedoch kommt es unter Ausbleiben der Lähmungserscheinungen zu Erregungszuständen, die völlig gewissen pathologischen Räuschen der Epileptiker ähneln. Ferner ist es nicht ohne Bedeutung, daß die Kranken in den Zwischenzeiten öfters einen starken Abscheu gegen den Alkohol zeigen und auch völlig enthaltsam leben. Wo das nicht der Fall ist, erscheint doch der Umstand überraschend, daß die Kranken für gewöhnlich durchaus nicht besonders unmäßig sind, um dann eines Tages plötzlich in das maßlose Hinunterstürzen der unsinnigsten Alkoholmengen zu verfallen, das ebenso unvermittelt wieder abschneidet.

Auf der anderen Seite ist bemerkenswert, daß Dipsomanen im allgemeinen nicht verblöden. Pappenheim, der die Schicksale der früher von Gaupp geschilderten Fälle weiter verfolgt hat, teilt mit, daß von 11 derselben keiner epileptisch schwachsinnig geworden sei und keiner „typisch periodische Krampfanfälle" gehabt habe. Er ist der Meinung, daß nur bei zweien die Annahme einer genuinen Epilepsie nicht auszuschließen sei, während die übrigen Psychopathen verschiedener Art gewesen seien; eine epileptische Grundlage der Dipsomanie hält er daher für eine seltene Ausnahme. Es ist gewiß richtig, daß dipsomanische Anfälle besonders häufig bei Epileptikern vorkommen, die sonst keine schweren und auffallenden Krankheitserscheinungen darbieten. Manche zeigen sogar lediglich die zu den Trinkanfällen führenden periodischen Verstimmungen. Wie weit derartige Beobachtungen noch zur Epilepsie gerechnet werden oder nicht, wird einmal davon abhängen, ob man die Verblödung als unbedingt wesentliches Merkmal jenes Leidens betrachtet, eine Frage, die zurzeit

mindestens noch als offen gelten muß. Sodann wird es natürlich darauf ankommen, ob man den Verstimmungen dieselbe Bedeutung im Krankheitsbilde beimißt wie den übrigen periodischen Störungen.

Zugegeben muß werden, daß der klinische Begriff der Dipsomanie bisher durchaus kein einheitlicher ist. Da der Alkohol ein allgemein beliebtes Mittel darstellt, um unbehagliche Stimmungen zu beseitigen, liegt es nicht nur für Epileptiker, sondern auch für alle möglichen anderen Personen, die ähnlichen gemütlichen Schwankungen unterworfen sind, nahe, zu ihm gelegentlich Zuflucht zu nehmen; namentlich Hysteriker und Psychopathen kommen dabei sehr in Betracht, hier und da auch zirkuläre Kranke mit kurzen, manischen oder depressiven Anfällen. Bei der bekannten, den Willen erregenden und die Widerstandskraft gegen Verführung abschwächenden Wirkung des Giftes kann es dann unter Umständen zu ähnlich lange fortgesetztem, sinnlosem Trinken kommen wie bei der Dipsomanie der Epileptiker. Kennzeichnend für die letztere erscheint mir, abgesehen von etwa nachweisbaren anderen Äquivalenten, das unvermittelte, rasche Auftauchen der einleitenden Verstimmung ohne äußeren Anlaß und ihr ebenso plötzliches Verschwinden sowie ihre kurze Dauer bei Verhinderung der Alkoholzufuhr, ferner die ganz gleichartige, mehr oder weniger regelmäßige Wiederkehr des Anfalles.

Diese Eigentümlichkeiten werden es meist auch ermöglichen, die epileptische Dipsomanie von der Pseudodipsomanie abzugrenzen, wie sie Legrain und Margulies beschrieben haben. Es handelt sich dabei um willensschwache Menschen, die nicht im Anschlusse an eine Verstimmung, sondern unter dem Einflusse irgendeiner zufälligen Verführung zum Glase greifen und nun haltlos forttrinken, bis man sie daran verhindert. Auch sie können in den Zwischenzeiten enthaltsam bleiben, solange sie in ihrer Umgebung die nötige Stütze finden, aber den Rückfall bedingen äußere Anlässe, nicht innere Zustände. Hier fehlen daher bei erzwungener Enthaltsamkeit die kennzeichnenden Verstimmungen gänzlich, ebenso natürlich alle sonstigen epileptischen Zeichen.

Unter den anfallsweise auftretenden Störungen, die von manchen Beobachtern als Äquivalente epileptischer Erscheinungen angesehen werden, ist auch die Migräne[1]) zu nennen. Das namentlich

[1]) Forli, Rivista sperim. di freniatria, XXXIII, 220; Cornu, Les migraines et leur rapport avec les états epileptiques et délirants. Thèse. 1902.

von Forli sehr eingehend geschilderte psychische Krankheitsbild des Migräneanfalles, das sich bis zum Auftreten von erschreckenden Gesichts- und Gehörstäuschungen, Erinnerungsfälschungen, Wortfindungsschwierigkeiten, tiefer Depression und ängstlicher Verwirrtheit fortentwickeln kann, zeigt in der Tat bisweilen die größte Ähnlichkeit mit epileptischen Verstimmungen und leichten Dämmerzuständen. Epstein und Cornu sind daher geneigt, die Migräne einfach als Erscheinungsform der Epilepsie zu betrachten, während Forli und ebenso Gowers ihr eine Sonderstellung zuerkennen. Letzterer weist besonders auf die langsamere Entwicklung des Migräneanfalles, auf die Seltenheit lange anhaltender, einseitiger Kopfschmerzen bei Epileptikern und auf die Unwirksamkeit der Brombehandlung gegen Migräne hin.

Die außerordentliche Häufigkeit der Migräne bei Personen, die sonst nicht die geringsten Andeutungen epileptischer Störungen darbieten, scheint auch mir ein restloses Zusammenwerfen beider Krankheiten unmöglich zu machen, während doch das nicht seltene Auftreten von Migräne bei Epileptikern, deren Nachkommen und Angehörigen ebenso auf gewisse innere Beziehungen hinweisen wie die klinischen Übereinstimmungen. Vielleicht dürfen wir die Lösung der Schwierigkeit in der Annahme suchen, daß der Migräneanfall ebensowenig der eindeutige Ausdruck eines bestimmten Krankheitsvorganges ist wie der epileptische Anfall selbst. Vielmehr könnte es sich auch hier um eine klinische Erscheinung handeln, deren Bild wesentlich durch gegebene Einrichtungen unseres Körpers bestimmt wird, auch wenn die auslösenden Ursachen und damit der zugrunde liegende Krankheitsvorgang verschiedene sind. Unter diesem Gesichtspunkte würde auch die Migräne gelegentlich als epileptisches Äquivalent auftreten können, ähnlich etwa wie die nicht minder vieldeutigen Ohnmachten. In welchen Fällen ihr aber diese Bedeutung zukommt, wäre immer erst nach der ganzen Sachlage zu entscheiden. Am nächsten liegt diese Vermutung natürlich, wenn sie in naher Verbindung oder doch im Wechsel mit anderen Ausdrucksformen der Epilepsie auftritt. Die Möglichkeit wird sich indessen kaum bestreiten lassen, daß sie unter Umständen auch einmal das einzige Zeichen einer epileptischen Veranlagung bilden kann. Wir werden in erster Linie daran denken dürfen, wenn die Migräneanfälle von äußeren Anlässen völlig unabhängig sind und sich sehr regelmäßig einstellen, namentlich aber auch, wenn sie von stärkeren

psychischen Störungen, von Lähmungen oder von aphasischen Erscheinungen begleitet sind.

Weit schwieriger, als die richtige Deutung solcher Krankheitsbilder, die ungewöhnliche Erscheinungsformen der Epilepsie darstellen, gestaltet sich die Ausscheidung derjenigen Beobachtungen, denen trotz weitgehender äußerlicher Ähnlichkeiten dennoch ein andersartiger Krankheitsvorgang zugrunde liegt, als bei der genuinen Epilepsie. Verhältnismäßig einfach liegen die Dinge bei jenen Krankheiten, die neben den epileptoiden Zeichen eine Menge von völlig abweichenden Störungen aufweisen. Der im mittleren Lebensalter zum ersten Male auftretende Anfall eines Paralytikers, dem etwa noch leichte, rasch wieder schwindende Ausfallserscheinungen folgen, wird auch dann nicht für den Ausdruck einer Epilepsie gehalten werden, wenn er klinisch ganz einem gewöhnlichen epileptischen Anfalle glich. Die sich langsam vorbereitende psychische Umwandlung, Andeutungen von Pupillen- oder Sprachstörungen, das Versagen des Gedächtnisses neben der Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit werden rasch die Sachlage klären. Weniger einfach kann sich die richtige Deutung bei der jugendlichen Paralyse gestalten, wenn nicht sofort die Wassermannsche Reaktion geprüft wird und sonstige Kennzeichen der Paralyse noch fehlen. Da Anfälle hier oft in großer Zahl auftreten, kann die sich herausbildende Verblödung leicht für eine Folge der Epilepsie gehalten werden.

Die Unterscheidung der epileptiformen Anfälle im Verlaufe der Dementia praecox, des manisch-depressiven Irreseins, der Arteriosklerose und einer Reihe ausgebreiteter, schwerer Hirnkrankheiten von der Epilepsie ist teils in den betreffenden Abschnitten schon näher besprochen worden, teils wegen der sonstigen tiefgreifenden klinischen Unterschiede ohne weiteres durchführbar. Hier soll nur erwähnt werden, daß Klepper in einigen Fällen mit Erfolg die Unterscheidung zwischen Epilepsie und Katatonie mittelst des Assoziationsversuches durchgeführt hat. Das Schwanken der Leistungen an verschiedenen Tagen, die Einfachheit der Assoziationen, die Gedankenarmut verwertete er für Epilepsie trotz der auch hier vorkommenden perseveratorischen Erscheinungen.

Auch die Abgrenzung der Epilepsie von der Urämie und der Eklampsie, die noch von Féré der Epilepsie zugerechnet wurde, macht in der Regel keine Schwierigkeiten. Außer der Entstehungs-

geschichte des Leidens, dem Befunde von Eiweiß und Zylindern im Harn, der weit über denjenigen bei der Epilepsie hinauszugehen pflegt, dem Nachweise einer Vermehrung des Reststickstoffes im Blute (bei der Urämie), die allerdings auch bei der Epilepsie in gewissem Umfange vorhanden sein kann, ist noch die Erfahrung von Rohde zu berücksichtigen, der bei jenen Kranken trotz schwerer Anfälle keine Steigerung der Milchsäure nachweisen konnte, wie sie bei der genuinen Epilepsie auftritt. Hauptmann fand dagegen bei den genannten Erkrankungen eine Vermehrung des Cholesteringehaltes im Blute, die der Epilepsie fehlte. Besta macht auf die Steigerung des Blutdruckes bei Urämie aufmerksam, die vor dem epileptischen Anfalle nicht nachzuweisen ist. Natürlich wird auch der weitere Verlauf des Leidens eine baldige Entscheidung ermöglichen. Die Abtrennung der rein alkoholischen wie der syphilitischen Epilepsie von den genuinen Formen wurde schon früher besprochen, soweit sie bei dem heutigen Stande unseres Wissens möglich ist. Dasselbe gilt von jenen Formen der traumatischen Epilepsie, die mit allgemeinen Krampfanfällen einhergehen und nicht schon durch stark ausgeprägte Herderscheinungen ihren Ursprung von örtlich begrenzten Hirnverletzungen erkennen lassen.

Wie schon früher erwähnt, entspricht das Auftreten umschriebener Krampf- oder Reizerscheinungen, die sogenannte Jacksonsche Epilepsie, im allgemeinen der Beteiligung der motorischen Rindenzentren, ein Zeichen dafür, daß wir es nicht mit der genuinen Epilepsie zu tun haben. So setzt sich der paralytische Anfall sehr gewöhnlich aus Krämpfen zusammen, die ein Wandern der Erregung über die einzelnen Rindengegenden deutlich erkennen lassen. Dauernde halbseitige Lähmungen sprechen gegen genuine Epilepsie und werden, sofern syphilitischer oder traumatischer Ursprung, Arteriosklerose, Hirngeschwulst oder Abszeß auszuschließen sind, auf encephalitische Erkrankungen zu beziehen sein. Auch Halbseitigkeit des Anfalls, stärkere oder frühere Beteiligung einer Seite, halbseitige Aura, Zurückbleiben halbseitiger Ausfallserscheinungen kann durch encephalitische Herde bedingt sein, die in der Regel einen umgrenzteren Sitz zeigen. Allein einerseits können ursprünglich herdartige Störungen sich allmählich in ausgebreitete umwandeln; die Jacksonsche Epilepsie kann die Form allgemeiner Krämpfe annehmen. Andererseits aber sind auch bei genuiner Epilepsie, wie bereits er-

wähnt, die Anzeichen einer mehr herdartigen Umgrenzung des Krankheitsvorganges bei oder zwischen den allgemeinen Krämpfen durchaus nicht selten.

Die Unterscheidung der encephalitischen Epilepsie von der genuinen wird sich daher zumeist auf andere Anhaltspunkte zu stützen haben. Zunächst ist zu beachten, daß die Lähmungserscheinungen bei der Encephalitis der Entwicklung von Krämpfen vorausgehen. Der Anfall selbst entwickelt sich langsamer; er braucht überhaupt nicht mit Bewußtlosigkeit einherzugehen, oder diese tritt nicht so blitzartig und überwältigend ein wie bei der genuinen Epilepsie. Der initiale Schrei fehlt in der Regel; die Zuckungen sind vorwiegend klonische, ohne die einleitende tonische Starre. Die herdartigen Reizerscheinungen wickeln sich in ganz regelmäßiger, sich einförmig wiederholender Form ab, im Gegensatze zu der mehr wechselnden Beteiligung der einzelnen Gebiete bei der genuinen Epilepsie. Endlich ist zu betonen, daß wir es bei der encephalitischen Epilepsie im wesentlichen mit einem längst abgelaufenen, bei der genuinen dagegen mit einem fortschreitenden Krankheitsvorgange zu tun haben. Dort bleibt daher der durch die ursprüngliche Erkrankung einmal erzeugte Zustand in der Hauptsache unverändert, hat sogar öfters die Neigung, sich zu bessern; die Anfälle können allmählich seltener werden, auch ganz verschwinden. Hier dagegen bemerken wir, zunächst wenigstens längere Zeit hindurch, eine mehr oder weniger stetige Zunahme der Krankheitserscheinungen, auch wenn späterhin von selbst oder unter dem Einflusse der Behandlung ein Stillstand oder gar eine Besserung des Leidens eintritt.

Rittershaus hat zur Abgrenzung der einzelnen „Epilepsien" auch den Assoziationsversuch herangezogen und ist zu dem Schlusse gelangt, daß es wohl möglich sei, auf diesem Wege die syphilitische und die Jacksonsche Epilepsie sowie die rein traumatisch entstandenen Formen von der genuinen Epilepsie zu unterscheiden. Offenbar ist der springende Punkt der Nachweis der kennzeichnenden epileptischen seelischen Einengung und Schwerfälligkeit, die eben an den eigenartigen Krankheitsvorgang gebunden ist und dort ausbleibt, wo Art, Sitz und Ausbreitung der anatomischen Veränderungen andere sind.

Die unverkennbaren Beziehungen der Epilepsie zur Kindheit und zu den Entwicklungsjahren sowie die rasche Abnahme der Erkran-

kungshäufigkeit im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt stellen uns vor die Frage, ob die Erkrankungen der höheren Lebensalter mit den früh einsetzenden Formen überhaupt wesensgleich sind. Dazu ist zu bemerken, daß in der Tat die „Epilepsia tarda", die Spätepilepsie, in manchen Punkten Abweichungen von den „genuinen" Formen darzubieten scheint. So pflegt der Verlauf ein langsamerer, weniger ungünstiger zu sein; namentlich treten die psychischen Veränderungen weniger hervor. Lüth[1]) ist zu dem Schlusse gekommen, daß die Spätepilepsie wesentlich eine Ausdrucksform der Arteriosklerose und der sie begleitenden Herz- und Nierenerkrankungen darstelle, vielfach auf der Grundlage des Alkoholismus. Auch aus meinen Erfahrungen geht hervor, daß diejenigen Kranken, die neben den Zeichen der Arteriosklerose an Spätepilepsie erkrankten, fast ausnahmslos Trinker waren. Wir werden daher die Zugehörigkeit solcher Fälle zur genuinen Epilepsie mindestens als zweifelhaft betrachten müssen. Freilich wird man eine Spätepilepsie in diesem Sinne nicht einfach nach einer bestimmten Altersgrenze abtrennen dürfen; Mendel hat vorgeschlagen, die nach dem 40. Jahre einsetzenden Fälle hierhin zu rechnen, während Masoin als Grenze bei den Männern das 30., bei den Frauen schon das 25. Jahr bezeichnet. Vielmehr wird lediglich das klinische Bild für die Diagnose maßgebend sein müssen, das freilich noch sehr einer genaueren Bearbeitung bedarf. Jedenfalls ist vorderhand an der Möglichkeit festzuhalten, daß, wenn auch selten, eine genuine Epilepsie einmal ungewöhnlich spät einsetzen kann. Dafür sprechen namentlich auch die früher erwähnten, gelegentlich sehr langen Pausen im Verlaufe des Leidens, insofern sie uns lehren, daß der epileptische Krankheitszustand unter Umständen Jahrzehnte bestehen kann, ohne erkennbare Störungen zu verursachen.

Wir müssen ferner in denjenigen Fällen, die sich in höherem Lebensalter entwickeln, vielfach mit der Möglichkeit rechnen, daß leichtere Erscheinungen, namentlich aber nächtliche Anfälle, vielleicht schon lange vorher bestanden haben, jedoch übersehen worden sind. Einzelne Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, periodische Verstimmungen, hier und da auftretendes Nässen oder starkes Verwühlen des Bettes, Herausfallen, nächtliche Zungen- oder Lippen-

[1]) Lüth, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI, 512; Schupfer, Monatsschr. f. Psychiatrie, VII, 282.

verletzungen, das gelegentliche Gefühl von Unlust und starker Abspannung oder heftige Kopfschmerzen am Morgen sind die Zeichen, die für eine solche verborgene Epilepsie sprechen können.

Wenn wir aus dem Krankheitsbilde der genuinen Epilepsie alle diejenigen epileptoiden Störungen ausscheiden, die entweder Begleiterscheinungen andersartiger, gut bekannter klinischer Formen sind, oder als der Ausdruck von Herderkrankungen, von Vergiftungen und Infektionen angesehen werden müssen, so verbleibt ein Rest, dessen Umfang verschieden groß angegeben wird. Bratz, der die Kranken der Anstalt Wuhlgarten zu gruppieren versuchte, fand unter ihnen 50% echte Epileptiker, 35% Alkoholisten mit Krämpfen, 7% Hysterische, 3% Imbecille und Idioten, 3% Kranke mit organischen Nervenleiden, 1% Paralytiker und 1% andersartige Geisteskranke. Auch Lord umgrenzt für London die Zahl der echten Epileptiker auf 50% der Kranken mit epileptoiden Störungen, während Alzheimer sie auf etwa 60% schätzt. Indessen, auch die so umgrenzte „genuine Epilepsie“ ist schwerlich schon als eine einheitliche Krankheit zu betrachten, sondern sie enthält höchstwahrscheinlich noch eine Reihe verschiedenartiger Bestandteile, deren genauere Kennzeichnung allerdings heute nur in sehr unvollkommener Weise möglich ist.

Eine Erfahrung, die sich uns beim Überblicken einer größeren Zahl von epileptischen Krankheitsfällen lebhaft aufdrängt, ist der sehr verschiedenartige Verlauf des Leidens. In den Epileptikeranstalten sehen wir in großer Zahl solche Kranke sich ansammeln, die uns in überaus einförmiger Ausbildung das bekannte Bild der epileptischen Verblödung bis zu ihren schwersten Graden darbieten. Auf der andern Seite aber vermögen viele Epileptiker nicht nur dauernd in ihrem Berufe weiter tätig zu sein, sondern sie sind vielfach besonders zuverlässige und gewissenhafte Arbeiter. Endlich wäre an jene großen Männer zu erinnern, deren Erkrankung an epileptischen Störungen uns mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit überliefert wird. Es scheint demnach, daß wir zunächst veranlaßt sind, progressive und stationäre Formen der Epilepsie auseinanderzuhalten.

Jedenfalls stellen uns die überaus tiefgreifenden Unterschiede des Verlaufes vor die Frage, ob es sich hier denn wirklich überall um dasselbe Leiden handeln könne. Grundsätzlich kann freilich

von vornherein die Möglichkeit nicht bestritten werden, daß dieselbe Krankheit einmal besonders schwer, das andere Mal außerordentlich milde verlaufen könne. Dennoch wird man bei der großen Regelmäßigkeit, mit der die epileptische Verblödung zumeist ihre bestimmten Bahnen einschlägt, bis zum Beweise des Gegenteils bezweifeln dürfen, daß der gleiche Krankheitsvorgang ein anderes Mal dauernd die allerhöchsten Leistungen des Verstandes, des künstlerischen Schaffens und des Willens zulassen kann. Auch wenn wir berücksichtigen, daß eine nach den Entwicklungsjahren einsetzende Epilepsie regelmäßig eine weit geringere Einbuße der psychischen Persönlichkeit mit sich zu bringen pflegt, als die schon in der Kindheit beginnenden Formen, wird der angeführte Gegensatz noch nicht in befriedigender Weise überbrückt. Allerdings waren bei den früher angeführten geschichtlichen Beispielen die epileptischen Anfälle meist selten, zum Teil nur angedeutet, aber gerade dieser Umstand könnte ebensogut darin begründet sein, daß es sich um eine eigenartige Erkrankung, wie daß es sich um besonders leichte Formen der gewöhnlichen Epilepsie gehandelt habe.

Gruhle und ähnlich Pappenheim suchen die hier auftauchende Schwierigkeit dadurch zu lösen, daß sie der zur Verblödung führenden Form der Epilepsie eine nicht verblödende, „degenerative" Epilepsie an die Seite stellen. So bestechend eine so einfache Lösung auf den ersten Blick scheint, steht ihr doch zunächst das Bedenken entgegen, daß wir heute noch nicht wissen, von welchen Bedingungen der Eintritt der Verblödung abhängig ist, namentlich, ob er wirklich durch das Wesen des zugrunde liegenden Krankheitsvorganges unabänderlich festgelegt wird. Weiterhin zeigt sich die psychische Veränderung bei manchen Kranken erst recht spät, während sie sich in anderen Fällen ungemein rasch entwickelt, vielleicht schon von Jugend auf besteht. Sie kann ferner sehr verschiedene Grade erreichen, sich unter Umständen nur auf die Ausbildung gewisser Charaktereigentümlichkeiten beschränken. Hier darf vielleicht an die Dementia praecox erinnert werden, bei der wir auf ähnliche Verhältnisse stoßen. Endlich scheint die Entwicklung der Verblödung sehr wesentlich durch das Lebensalter beeinflußt zu werden, in dem die Krankheit schwerere Formen annimmt. Wenn es daher auch in großer Zahl Fälle gibt, bei denen die Entscheidung, ob verblödend oder nicht, gar keine Schwierigkeiten bietet, so haben wir doch mit

weiten Zwischengebieten zu rechnen, in denen die Abgrenzung zwischen genuiner und degenerativer Epilepsie unter dem angeführten Gesichtspunkte zur Zeit und vielleicht für immer unmöglich ist. Es wird daher, wie ich glaube, noch sehr umfassender klinischer Forschungen bedürfen, bis sich die Frage entscheiden läßt, ob und namentlich in welchem Umfange das Eintreten oder Ausbleiben einer Verblödung bei der Epilepsie für die Kennzeichnung verschiedener Krankheitsformen verwertbar ist.

Da wir wissen, wie wenig kennzeichnend epileptische Anfälle an sich für das Bestehen einer genuinen Epilepsie sind, so wird die Annahme erlaubt sein, daß wir es beim seltenen Auftreten epileptischer Störungen ohne Neigung zur Verschlechterung unter Umständen überhaupt nicht mehr mit einem Krankheitsvorgange, sondern nur noch mit den unveränderlichen Überresten längst abgelaufener Erkrankungen zu tun haben. Es könnte sich, wie wir es bei den Folgen von Hirnverletzungen oder encephalitischen Zerstörungen tatsächlich beobachten, um alte, umgrenzte Hirnnarben handeln, die unter gewissen, uns vorderhand unbekannten Bedingungen epileptoide Zufälle auszulösen vermögen, ohne dabei die übrigen Hirnleistungen weiterhin zu beeinträchtigen, und ohne von jenen Umwälzungen im Körperhaushalte begleitet zu sein, die wir beim echten epileptischen Anfalle nachzuweisen vermögen. Es wäre sogar denkbar, daß auch eine ursprünglich genuine Epilepsie nach erfolgter Heilung derartige Hirnnarben, d. h. Spuren abgelaufener Krankheitsvorgänge, hinterlassen könnte, die noch imstande wären, Anfälle zu erzeugen; auch dabei würden dann die allgemeineren Störungen fehlen, die vielleicht für das Wesen der genuinen Epilepsie weit bedeutsamer sind, als die Anfälle selbst.

Die hier angeführten Erwägungen machen mich geneigt, für einen Teil der Fälle von Epilepsie ohne Beeinträchtigung der psychischen Persönlichkeit und ohne fortschreitenden Verlauf eine klinische Sonderstellung dahin in Anspruch zu nehmen, daß sie nur die Überbleibsel abgelaufener, mehr oder weniger umschriebener Krankheitsvorgänge darstellen, die vielleicht epileptischer, vielleicht aber auch ganz anderer Art waren. Wir würden, wenn diese Auffassung sich als haltbar erweisen sollte, hier von einer „Residualepilepsie“ sprechen dürfen. Allerdings werden wir heute, wo uns viele wesentliche Begleiterscheinungen des epileptischen

Anfalles nur sehr unvollkommen bekannt und zudem ungemein schwierig zu verfolgen sind, diese Annahme für den einzelnen Fall nur durch Vermutungen zu begründen vermögen.

Es ist aber weiterhin von verschiedenen Seiten her der Versuch gemacht worden, noch unter anderen Gesichtspunkten einzelne, der genuinen Epilepsie zugerechnete Gebiete von ihr abzutrennen. So hat Oppenheim[1]) gewisse Formen epileptoider Anfälle unter dem Namen der „psychasthenischen Krämpfe" als eigenartiges Krankheitsbild beschrieben. Es handelt sich nach seiner Schilderung um Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit, Zungenbiß, unfreiwilligem Harnabgang, Pupillenstarre bei Psychopathen, die zum Teil daneben noch an Angstzuständen, Zwangsvorstellungen, Schwindel, Ohnmachten, Tics litten. Sie traten vereinzelt auf, wurden durch äußere Anlässe ausgelöst und konnten durch Brom nicht beeinflußt werden. Dagegen ließ sich die günstige Wirkung einer rein diätetischen und psychischen Behandlung feststellen; von einer Verblödung war nicht die Rede. Die Annahme hysterischer Störungen lehnt Oppenheim wegen des Fehlens aller sonstigen hysterischen Züge ab. Dana hat für derartige Beobachtungen den ganz unverfänglichen Namen „Paraepilepsie" vorgeschlagen.

Weiterhin hat Friedmann[2]) in Anlehnung an Gélineau eine besondere Form von kleinen Anfällen als „Narkolepsie" abgegrenzt. Er hat dabei Zustände rasch vorübergehender psychischer Erstarrung bei jugendlichen Individuen im Auge, die an epileptische Zufälle erinnern, aber von ihm doch als eigenartig betrachtet werden, namentlich wohl, weil sie nach Schreck und gemütlichen Erregungen, Sehen ins Helle einsetzen können, nicht durch Brom beeinflußt werden und nicht zum Schwachsinn führen, sondern nach einer Reihe von Jahren in Genesung übergehen. Die Kranken verfallen mehr oder weniger häufig, selbst bis zu 100 Malen am Tage, für $^1/_4$—3 Minuten in eine Art Denkhemmung ohne Verlust des Bewußtseins, die ihnen die innere Freiheit benimmt und bisweilen von verkehrten Handlungen begleitet ist (Exhibitionismus). Die Pupillen sind dabei erweitert, die Augen nach oben verdreht. Mir ist es am wahrscheinlichsten, daß diese Zustände als hysterische aufzufassen sind, eine Frage, deren Entscheidung die weitere Verfolgung der Beobachtungen

---

[1]) Oppenheim, Journal f. Psychol. u. Neurol. VI, 247.

[2]) Friedmann, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde XXX.

bringen würde. Hier wäre vielleicht auch der von Schanz, Codivilla, Gaugele nach schweren orthopädischen Eingriffen beobachteten epileptischen Anfälle zu gedenken, bei deren Auslösung anscheinend gemütliche Erregungen eine sehr wesentliche Rolle spielen.

Weit größere Bedeutung dürfte dem Versuche von Bratz[1]) zukommen, der genuinen Epilepsie eine „Affektepilepsie" an die Seite zu stellen, die nach seiner Vermutung auch Beziehungen zu den Fällen Oppenheims aufweisen soll. Er schildert unter der angeführten Bezeichnung eine Gruppe von psychopathisch veranlagten, reizbaren, unsteten, willensschwachen Persönlichkeiten, die seit der Kindheit vereinzelte schwere epileptische Anfälle darbieten, besonders im Anschlusse an gemütliche Erregungen. Daneben bestehen Anfälle von petit mal, Schwindel, Absenzen, Ohnmachten, Schlafanfälle, ferner psychische Anfälle, Verstimmungen, Wandertrieb, Verwirrtheitszustände, Wutausbrüche. In den geschützten Verhältnissen der Anstalt pflegen die Anfälle seltener zu werden oder ganz aufzuhören. Vielfach zeigen die Kranken Neigung zu abenteuerlichen Streichen, Wanderungen, Schwindeleien, Aufschneidereien. Eine Verblödung tritt nicht ein, auch kein Status epilepticus. Auf körperlichem Gebiete finden sich allgemeine Hypalgesie oder Analgesie, spasmophile Erscheinungen, erhöhte Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, sodann vasomotorische Störungen, Schweißausbruch bei Erregung, bleiches, fahles Aussehen. Die von Bratz gegebene Darstellung hat von verschiedenen Seiten Bestätigung gefunden; Bonhöffer spricht von einer „reaktiven" Epilepsie. Ich selbst war seit langen Jahren gewöhnt, die hier gekennzeichneten Kranken unter dem freilich nicht sehr zweckmäßigen Namen der „epileptischen Schwindler" als besondere Gruppe von der Epilepsie abzutrennen. Das Bild, das sie darbieten, ist ein so eigenartiges, daß ich es auf Grund meiner eigenen Erfahrungen, die sich im wesentlichen mit denen von Bratz und Volland decken, hier etwas ausführlicher schildern will.

Die Verstandesbegabung ist meist mäßig, manchmal auch ganz gut. Die Kranken lernen vielfach mangelhaft, weil sie leichtsinnig, unstet, wenig ausdauernd sind, gern die Schule schwänzen. Öfters zeigen sie Neigung zum Lügen, zu Prahlereien, Schauspielereien,

[1]) Bratz und Leubuscher, Deutsche Medizin. Wochenschr. 1907, 15; Monatsschr. f. Psychiatrie XXIX, 45; Volland, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. VIII, 522.

„Wachträumereien", in denen sie sich in allerlei abenteuerliche Lebenslagen versetzen. Die Stimmungslage ist vielfachen Schwankungen unterworfen. Im allgemeinen pflegt ein selbstbewußtes, großtuerisches Wesen, bald mit humoristischem Einschlag, bald mit hochtrabender Geschraubtheit, zu überwiegen. Dazwischen schieben sich jedoch vielfach auch Zeiten von weinerlicher Niedergeschlagenheit und Verzweiflung oder mürrischer, nörgelnder Verdrießlichkeit ein. Am hervorstechendsten aber ist die erhöhte Reizbarkeit, das unvermittelte Auftreten heftigster Zornausbrüche bei den geringfügigsten Anlässen; er sei immer gleich auseinander, meinte ein Kranker.

Außerordentlich schwere Störungen zeigen sich regelmäßig im Bereiche des Willens. Die Kranken sind zügellos, leicht zu verführen, handeln triebartig, nach augenblicklichen Einfällen. Manche erscheinen für gewöhnlich gutmütig, leichtlebig, beeinflußbar; andere sind schwer zu behandeln, widerhaarig, hetzerisch, roh. Fast immer macht sich eine starke Unstetigkeit bemerkbar. Die Kranken halten in keiner geregelten Tätigkeit aus, fügen sich trotz aller guten Versprechungen und Vorsätze in keine Ordnung, laufen plötzlich aus der Arbeit, fassen immer neue Pläne und geraten vielfach in ein ruheloses, abenteuerliches Herumwandern, das sie zu Bettlern und Landstreichern werden läßt. Beim Militär zeichnen sie sich durch „beispiellos schlechte Führung" aus, ziehen sich reichliche Disziplinarstrafen zu, desertieren, werden Soldaten zweiter Klasse oder stranden in der Fremdenlegion. Ihre gesamte Lebensführung ist ungeordnet und planlos, so daß sie auch bei guter Begabung und Bildung unaufhaltsam herabsinken.

Fast alle Kranken kommen früher oder später mit dem Strafgesetze in Berührung, zum Teil sehr viele Male, indem sie Diebstähle, Betrügereien, Schwindeleien, Körperverletzungen, Ruhestörungen, Hausfriedensbruch, groben Unfug begehen. Ein Kranker zog als „Schansibar, der Mann mit dem Straußenmagen", in Wirtschaften herum und verzehrte gegen Alkoholspenden Glasscherben, Stiefelwichse, Holz, Lumpen, ließ sich mit Nadeln stechen und Bierflaschen auf seinem Schädel zertrümmern; ein anderer ernährte sich durch das Schreiben von Bettelbriefen, wieder ein anderer vom Verkaufe selbstverfertigter Gedichte. Mehrere Kranke brachten sich durch Klavierspielen in Wirtschaften durch. Die meisten gehörten

zu den häufig wiederkehrenden Stammgästen von Spitälern und Irrenanstalten. Manche Kranke zeigen Begabung für das Zeichnen oder für Musik; andere besitzen technisches Geschick.

Bisweilen haben sie für die Unzulänglichkeit ihrer Persönlichkeit ein gewisses Verständnis, das sie unter Umständen in sehr kennzeichnender Weise äußern. Er habe vier närrische und drei tolle Sinne, meinte ein Kranker; ein anderer nannte sich einen „wertlosen Menschen", und ein dritter schrieb: „und aus Zorn und Verzweiflung sauft und trinkt der W. wie zuvor, bis er schließlich das Fazit seines im Namen des Gesetzes und durch Mißtrauen am unrechten Orte zerrütteten Lebens zieht und einen dicken Strick — pardon Strich daruntermacht."

Die epileptischen Störungen der Kranken bestehen zunächst in gewöhnlichen Krampfanfällen mit Zungenbiß und tiefer Bewußtlosigkeit. Sie treten bei Tage oder bei Nacht auf; bisweilen gehen ihnen stunden- oder tagelang Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schwindelgefühl voraus. Gelegentlich kommt es zu Verletzungen. Die Dauer der Anfälle ist manchmal ganz ungewöhnlich lang, bis zu mehreren Stunden; nachher sind die Kranken oft noch benommen, verwirrt oder erregt. Einzelne Anfälle können ein hysterisches Gepräge tragen. Die Häufigkeit der Anfälle ist sehr verschieden; sie kommen bald alle paar Wochen, bald erst nach Monaten wieder, bald nur ein oder zweimal im Jahre oder noch seltener, wenige Male im Leben. Von einer regelmäßigen Wiederkehr in bestimmten Pausen ist meist keine Rede; äußere Einflüsse, Aufregungen, mißliche Lebensverhältnisse, Alkoholgenuß pflegen das Auftreten der Anfälle zu begünstigen; außerdem scheinen sie im Laufe der Jahre, anders als bei der genuinen Epilepsie, seltener zu werden. Neben den Krämpfen werden vielfach Schwindelanfälle beobachtet, hie und da auch Ohnmachten, Absenzen, ferner nächtliches Nässen, Zähneknirschen, Zerwühlen der Kissen, Herausfallen aus dem Bett, anfallsweise auftretende Kopfschmerzen.

Mehrere Kranke berichteten über ängstliche, schreckhafte Träume; einer träumte alle 4—5 Wochen, daß er von Hunden verfolgt werde. Einige litten an Nachtwandeln; einer legte sich nachts in einen Kleiderschrank. Eine sehr wichtige Rolle spielen im Krankheitsbilde Verstimmungen, „tiefsinnige Tage", an denen die Kranken lebensüberdrüssig, freudlos, teilnahmslos oder zornmütig

sind, sich zurückziehen, grübeln, heftige Angst empfinden. Sie dauern gewöhnlich einen oder einige Tage, kommen alle 4—6 Wochen, mitunter aber auch weit häufiger, und gleichen, soweit sich das aus den Schilderungen der Kranken erkennen läßt, ganz denen der genuinen Epileptiker. Sehr häufig veranlassen die Verstimmungen unvermitteltes Aufgeben der Stellung; manche Kranke laufen ohne Grund von Hause oder aus der Arbeit, desertieren, lassen alles stehen und liegen; einer fuhr ohne Hut davon. In naher Beziehung dazu steht ohne Zweifel der gerade bei diesen Kranken sehr ausgeprägte Wandertrieb. Ein Kranker bekam plötzlich Lust, nach Italien zu reisen, und wanderte mitten in der Nacht ab; ein anderer reiste ohne Anlaß nach Lyon, ein dritter nach Budapest und Paris, ein vierter nach Belgrad; ein fünfter durchzog Spanien, Frankreich und Italien bis nach Sizilien. Ein junger Mensch von 16 Jahren hatte schon 13 mal plötzliche, monatelange Reisen unternommen, bei denen er planlos in der Welt herumlief.

Fast alle meine Kranken äußerten gelegentlich Selbstmordgedanken oder machten ernsthafte Versuche, sich umzubringen; mehrere schossen auf sich, meist auf der offenen Straße, in etwas theatralischer Weise. Ein Kranker bat um Revolver und Patronen, um sich erschießen zu können; ein anderer hielt sich an jede Schläfe einen Revolver; er schrieb in einem Abschiedsbriefe, daß seine letzte Stunde mit Riesenschritten nahe, und bat, seinen Eltern mitzuteilen, daß er in die glücklichen Jagdgründe Manitus abgesegelt sei, außerdem Schulden habe wie ein Major.

Außerordentlich häufig sind leichtere oder tiefere Bewußtseinstrübungen, die bald nur wenige Stunden, bald aber auch in der Form des besonnenen Deliriums eine Reihe von Wochen dauern können. Die Kranken vermögen nicht klar zu denken, wissen nicht, wie ihnen zumute ist; ein Kranker meinte, ihm sei gewesen, als ob der Kopf in den Wolken sei, „als ob er 11 Sinne habe wie ein Bär“. Gewöhnlich kommt es dabei zu allerlei auffallenden Handlungen. Die Kranken verlaufen sich auf ihrem Wege, steigen in falsche Züge oder fremde Fuhrwerke ein, irren nackt oder sehr mangelhaft bekleidet auf der Straße herum, übernachten im Freien. Ein Kranker erschien mit einem Tischmesser auf der Polizei, um Schutzleute abzuschlachten; ein anderer ging zum Staatsanwalt und stieß dort grobe Majestätsbeleidigungen aus.

Manchmal stellen sich auch Sinnestäuschungen ein. „Jetzt haben wir dich wieder“, heißt es, „ist der Narr auch schon wieder da?“, „Lump“, „schlechter Kerl“, „der muß verrecken“. Ein Kranker hörte seinen Namen rufen; ein anderer gab an, ihm sei gewesen, als wenn jemand spreche: „du mußt ins Zuchthaus“; ein dritter hörte „Vogelstimmen“, sah eine Seeschlacht. Allerdings ist hier die Mitwirkung alkoholischer Störungen oft schwer auszuschließen. Auch allerlei delirante Ideen werden geäußert. Ein Kranker behauptete im Dämmerzustande, er sei Petrus, habe eine Mission von Gott; ein anderer erzählte, daß er eine Ballonkatastrophe mit angesehen habe, entwarf Zeichnungen zu einem Torpedo, einem Rettungsboote, einer Nudelmaschine, die er erfunden habe, schrieb Briefe an einen angeblichen vornehmen Freund in Damiette, den er besuchen wollte. Ein dritter behauptete, er sei der Kaiser Franz und beauftragt, eine Bombe zu werfen. Häufiger noch sind depressive Vorstellungen. Der Kranke glaubt sich verfolgt, verachtet, fürchtet vergiftet, hingerichtet zu werden. Die Mitreisenden erscheinen verdächtig; die Eltern wollen ihn aus dem Wege räumen; Leute folgen ihm; die Mutter ist gestern gestorben.

Eine eigentümliche Begleiterscheinung dieser Zustände sind die gerade hier sehr oft vorkommenden Selbstanschuldigungen. Ein Kranker behauptete, er habe seine Frau erstochen, ein anderer, er habe einen Raubmord begangen; ein dritter stellte sich auf der Polizei mit der Angabe, er sei desertiert. Nicht selten kehren derartige Selbstanschuldigungen zu verschiedenen Zeiten wieder. Ein Kranker, der sich zunächst eines Sittlichkeitsverbrechens bezichtigt und die Strafe dafür verbüßt hatte, obgleich ein Tatbestand gar nicht festgestellt werden konnte, trat später mit der Angabe hervor, daß er einen Wanderkameraden erschlagen und in den Rhein geworfen habe. Erst, als auch jetzt kein Ermordeter gefunden werden konnte und die Aussagen des Kranken immerfort wechselten, wurde seine geistige Störung entdeckt. Er gab an, er könne sich zu gewissen Zeiten des Gedankens durchaus nicht erwehren, daß er dies und jenes verbrochen habe; es sei ihm, als ob jemand hinter ihm stehe und ihm zurufe, er müsse sich jetzt der Polizei anzeigen. „Ich habe es mit nichts zu tun gehabt, als mit Mord und Totschlag,“ erklärte er später, während ein anderer

meinte, er habe immer den Gedanken gehabt, jemanden umzubringen. Manche Kranke begehen in Zuständen leichter Bewußtseinstrübung triebartige Schwindeleien; ein Kranker verkleidete sich wiederholt als Unteroffizier, bestellte Quartier und nahm Besichtigungen vor, bis er nach kürzester Frist immer wieder verhaftet wurde. Die Besonnenheit und die Ordnung im äußeren Verhalten der Kranken pflegt dabei leidlich erhalten zu sein, so daß sie auf den ersten Blick nicht besonders auffallen.

Vielfach treten bei den Kranken heftige Erregungszustände mit oder ohne stärkere Bewußtseinstrübung auf, manchmal mit einer gewissen Regelmäßigkeit. Sie geraten mit Schutzleuten in Streit, schreien, lärmen und toben, zerschlagen Fensterscheiben, zertrümmern den Hausrat, schießen plötzlich auf der Straße um sich, zerreißen ihre Kleider, entkleiden sich, läuten an allen Hausglocken, suchen aus dem Fenster zu springen, beißen und schlagen, werden gefährlich für ihre Umgebung. Ein Kranker verletzte seine Frau mit dem Messer und stach auf den Arzt los, den er um Aufnahme ins Krankenhaus gebeten hatte. Öfters zeigen die Kranken dabei ein theatralisches Wesen, sind redselig, weitschweifig, ideenflüchtig, singen und pfeifen, machen Tanzschritte, Exerzierbewegungen. Die Stimmung ist gehoben, patzig, anmaßend oder finster, gespannt; bisweilen besteht geschlechtliche Erregung. Dazwischen können sich vorübergehend stuporöse Zustände einschieben. Die Erinnerung an diese wie an die übrigen mit Bewußtseinstrübung einhergehenden Zustände ist oft sehr unklar, bisweilen völlig erloschen. Ein gewisses Krankheitsgefühl kann dabei jedoch vorhanden sein. Ein Kranker begehrte nachts 3 Uhr splitternackt beim Arzte Einlaß, brüllte, schlug an die Türe; er wolle sein Gehirn untersucht haben. Viele Kranke baten in ihren krankhaften Zuständen freiwillig um Aufnahme, oder sie wendeten sich an die Polizei, an den nächsten Schutzmann, um irgendwo untergebracht zu werden. Es habe ihn in die Klinik hineingezogen, erklärte ein Kranker.

Eine sehr verhängnisvolle Rolle pflegt bei diesen Kranken der Alkoholmißbrauch zu spielen, dem sie meist ungemein leicht verfallen. Oft genug geraten sie gerade unter dem Einflusse des Trinkens in die geschilderten krankhaften Zustände. Namentlich Erregungszustände mit Verwirrtheit, sinnloser Gewalttätigkeit, Wider-

stand gegen die Polizei, triebartigen Selbstmordversuchen entstehen sehr häufig auf diese Weise. „Er ist unausstehlich, wenn er getrunken hat", hieß es von einem Kranken, „er verliert vollständig seinen Willen" von einem andern. Bei der Haltlosigkeit der Kranken genügt oft der geringste Anlaß, um sie zu maßlosen Ausschweifungen zu veranlassen. Ein Kranker trank „in der Aufregung über seine polizeiliche Überwachung", ein anderer, weil er betteln mußte und darüber verzweifelte; „er sei gezwungen, sich zu betäuben", meinte er. Ein dritter trank 10 l Bier „aus Ärger über sein Leiden und seine Arbeitslosigkeit". Öfters handelt es sich aber auch um dipsomanische, durch Angst und innere Unruhe eingeleitete Trinkanfälle bei sonst mäßig oder enthaltsam lebenden Kranken. Ein Kranker hatte alle 6 Wochen Tage, an denen er sinnlos trank und verschwendete; er lief dann plötzlich fort und ließ sich in irgendeiner Spelunke nieder, wurde einmal halb erfroren aufgefunden; ein anderer erklärte, er müsse in solchen Zeiten trinken, bis er genug habe, alles was ihm unter die Finger komme. Es scheint mir sogar, daß ein großer Teil der epileptischen Dipsomanen dieser Gruppe angehört, ein Umstand, der mit dazu beiträgt, die Meinungsverschiedenheiten in der Frage der Dipsomanie zu erklären.

Bei mehreren Kranken konnten Empfindungsstörungen von unregelmäßiger Umgrenzung festgestellt werden. Es ist wohl kein Zufall, daß meine sämtlichen Kranken, die ich in diese Gruppe rechnen möchte, Männer waren, wenn ich auch glaube, gelegentlich weibliche, hierher gehörige Kranke beobachtet zu haben. Der Beginn der schwereren Krankheitserscheinungen fiel am häufigsten in das zweite, seltener in das dritte Lebensjahrzehnt. Die erbliche Veranlagung schien im allgemeinen derjenigen der Epileptiker zu entsprechen; insbesondere fand sich verhältnismäßig häufig Belastung mit Epilepsie. Auffallend oft waren schwere Schädelverletzungen oder Hirnerschütterungen voraufgegangen. Der Gedanke liegt daher nicht allzufern, daß es sich hier öfters um eine Residualepilepsie handeln könne, vielleicht in Verbindung mit psychopathischer Veranlagung. Eine Verblödung war auch im Laufe langer Jahre nicht bemerkbar. Die meisten Kranken schienen, abgesehen von den sich immer wiederholenden Verstimmungen, Erregungen und Dämmerzuständen, im wesentlichen unverändert zu bleiben; einzelne besserten sich erheblich.

Der gemeinsame Gesichtspunkt, von dem die hier besprochenen Abgrenzungsversuche ausgehen, ist die Erwägung, daß es sich um epilepsieähnliche Krankheitsformen handelt, die einerseits trotz zahlreicher und schwerer Anfälle nicht zu der kennzeichnenden Veränderung der epileptischen Persönlichkeit führen, andererseits aber eine auffällige Beeinflußbarkeit durch äußere Einwirkungen und besonders durch Gemütsbewegungen zeigen. Endlich pflegen die eigentlichen Krampfanfälle sehr hinter den mehr psychischen Störungen zurückzutreten oder, wie bei der Narkolepsie, ganz zu fehlen. Wir stehen somit vor der Frage, ob die angeführten Eigentümlichkeiten uns dazu berechtigen, besondere, von der genuinen Epilepsie verschiedene Krankheitsformen aufzustellen. Daß ein milderer, nicht zur Verblödung führender Krankheitsverlauf an sich noch nicht die Zugehörigkeit eines Falles zur echten Epilepsie auszuschließen braucht, wurde schon oben ausgeführt. Wir können hier noch die Erfahrung hinzufügen, daß sich in Familien mit epileptischer Veranlagung nicht selten neben schweren Fällen auch solche finden, bei denen die epileptischen Züge nur angedeutet sind, etwa in Form von ausgeprägter Pedanterie, Engherzigkeit, störrischem Eigensinn, starken Migräneanfällen, Verstimmungen, dipsomanischen Trinkperioden, gelegentlichen Ohnmachten. Auch die Verteilung der Anfälle auf das psychische und körperliche Gebiet gestaltet sich bei der echten Epilepsie so verschiedenartig, daß die besondere Häufigkeit psychischer Anfälle allein kaum eine Abtrennung neuer Formen begründen könnte. Die psychische Beeinflußbarkeit der Anfälle endlich begegnet uns, wenn auch weit seltener und schwächer, doch ebenfalls gelegentlich bei der genuinen Epilepsie.

Trotz alledem läßt sich nicht verkennen, daß es sich namentlich bei der zuletzt eingehender geschilderten Form um Persönlichkeiten handelt, deren gesamtes Verhalten von demjenigen der echten Epileptiker sehr wesentlich abweicht. Gegen die Annahme, daß es sich hier einfach um eine mildere Verlaufsart der genuinen Epilepsie handle, spricht vor allem der Umstand, daß die gesamten Krankheitserscheinungen im Gegenteil sehr schwere und zahlreiche sind, und daß sie das ganze Leben in durchaus entscheidender Weise beeinflussen. Dennoch entwickelt sich bei den Kranken nicht das bekannte Bild des pedantischen, psychisch eingeengten, schwerfälligen, gedankenarmen Epileptikers, sondern wir haben es mit leicht erregbaren,

haltlosen, abenteuerlustigen, einbildungsreichen Psychopathen zu tun, die ein wechselvolles Zufallsleben führen, aber immer wieder auf irgendeine Weise sich durchzuhelfen verstehen. Mir scheint auch, daß trotz ihrer sehr erheblichen Neigung zu gesetzwidrigen Handlungen die eigentlich kennzeichnenden, gefährlichen epileptischen Gewalttaten, Totschlag, schwere Sittlichkeitsverbrechen, Brandstiftungen, von ihnen niemals begangen werden; vielmehr pflegen sie sich, abgesehen von Bettel und Landstreicherei, auf Diebstähle, Unterschlagungen, Betrügereien, Schwindeleien zu beschränken; fast nur unter Alkoholeinfluß kommt es einmal zu Körperverletzung, Widerstand, Hausfriedensbruch. Auch die Häufigkeit, mit der die Kranken die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich ziehen, aufregende Straßenvorgänge herbeiführen, die Polizei in Bewegung setzen, scheint mir nicht dem Verhalten der meist still und eingezogen lebenden Epileptiker zu entsprechen; freilich mag dabei der häufige Alkoholmißbrauch die Hauptrolle spielen.

Welches Gewicht wir gegenüber diesen Abweichungen der Tatsache beizumessen haben, daß wir bei unseren Kranken die ganze Reihe der epileptischen Zufälle in den bekannten Formen antreffen, läßt sich zurzeit kaum mit Sicherheit sagen. Daß Krampfanfälle, auch wenn sie mit tiefer Bewußtlosigkeit und Zungenbiß einhergehen, kein sicheres Zeichen der Epilepsie darstellen, ist oft genug betont worden. Zudem nähern sie sich hier durch ihre sehr lange Dauer, ihre Abhängigkeit von äußeren Einflüssen und die Seltenheit ernsterer Verletzungen öfters bis zu einem gewissen Grade dem Verhalten der hysterischen Anfälle, ja einzelne Kranke hatten geradezu neben den epileptiformen öfters hysteriforme Krämpfe. Auch die Ohnmachten, die Dämmerzustände, das Nachtwandeln würden, da sie in ganz ähnlicher Form bei der Hysterie beobachtet werden, nichts für die Diagnose der Epilepsie beweisen; stärker würden in diesem Sinne schon die Schwindelanfälle, die Absenzen, das Bettnässen, vielleicht auch die Verstimmungen und die durch sie bedingte Unstetigkeit der Lebensführung sprechen. Als hysterische Zeichen wiederum wären die gelegentlich beobachteten Empfindungsstörungen anzusehen; auch die geringere Tiefe der Bewußtseinstrübung in den Dämmerzuständen, das theatralische Wesen, die Neigung zu Betrug und Schwindeleien erinnern an hysterische Persönlichkeiten, während die Ernsthaftigkeit der häufigen Selbst-

mordversuche und die merkwürdigen Selbstbeschuldigungen sich weniger gut in deren Bild einfügen lassen. Ebenso ist dagegen das jedenfalls gewaltige Überwiegen des männlichen Geschlechtes geltend zu machen. Auf der anderen Seite bietet der Gesamtverlauf des Leidens sehr viel mehr Übereinstimmung mit demjenigen hysterischer Krankheitszustände, als mit der Epilepsie.

Das hier besprochene Krankheitsbild stellt somit ein fast unentwirrbares Gemisch von epileptischen und hysterischen Zügen dar. Legt man das Hauptgewicht auf den Verlauf und auf die allgemeine psychische Eigenart der Kranken, so würde man geneigt sein, an eine Erscheinungsform der Hysterie zu denken, während die klinische Gestaltung der anfallsartigen Störungen selbst wie das gänzliche Zurücktreten des weiblichen Geschlechtes, weiterhin die Erblichkeitsbeziehungen und die bedeutsame Rolle des Alkohols weit mehr den Erfahrungen bei der Epilepsie entsprechen. Da somit eine wirklich befriedigende Einordnung in die eine oder die andere Krankheitsgruppe zurzeit noch nicht möglich ist, wird es zweckmäßig sein, vorläufig ihre Besonderheiten im Auge zu behalten. Es handelt sich danach im wesentlichen um leicht erregbare, haltlose Persönlichkeiten mit anfallsartig auftretenden Störungen von zum Teil epileptischem, zum Teil hysterischem Gepräge. Die Zukunft muß lehren, ob die uns hier entgegentretenden Krankheitszeichen wirklich denen der genuinen Epilepsie wesensgleich oder von ihnen verschieden sind, ferner, ob diesen Zeichen selbst, oder ob der Verlaufsart und dem allgemeinen Verhalten der erkrankten Persönlichkeit die größere Bedeutung für die Zuordnung der Zustandsbilder beizumessen ist.

Wir dürfen hier vielleicht noch darauf hinweisen, daß, wie es scheint, fließende Übergänge zu gewissen Formen der psychopathischen Persönlichkeiten bestehen. Die epileptoiden Beimischungen können sich bis auf ganz schwache Andeutungen, namentlich grundlose Verstimmungen, eine gelegentliche Ohnmacht, leichte Schwindelanfälle, sinnlose Wutausbrüche unter Alkoholeinfluß, abschwächen, während das sonstige Bild genau die gleichen Züge darbietet, die Haltlosigkeit und Erregbarkeit, Unstetigkeit, Neigung zu Schwindeleien und Abenteuern. Die Frage, wo hier die Grenze der „Affektepilepsie“ zu stecken ist, läßt sich heute schwerlich befriedigend beantworten. Pappenheim ist offenbar geneigt, die letztgenannten Fälle ohne weiteres der Psychopathie einzuordnen, doch würde man

ihnen auch in diesem weiten Rahmen eine Sonderstellung einräumen müssen.

Unsere letzten Erörterungen haben uns bereits auf die schwierige Frage geführt, welche Beziehungen zwischen der genuinen Epilepsie und den hysterischen oder in weiterem Sinne psychogenen Erkrankungen bestehen. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß sich auch der echten Epilepsie vielfach Krankheitszeichen beimischen, die als hysterische oder als psychogene gedeutet werden müssen. Dahin gehören vor allem die hysteriformen Anfälle, die sich bisweilen neben den gewöhnlichen epileptischen Krämpfen zeigen; auch in der Einleitung, häufiger am Schlusse eines epileptischen Anfalles kommen psychogene Erscheinungen vor. Ferner wäre die gelegentliche Auslösung eines unzweifelhaft epileptischen Anfalles durch Nachahmung oder durch eine Gemütserschütterung hierher zu rechnen, namentlich sein erstmaliges Auftreten im Anschlusse an einen Schreck. Freilich müssen wir uns wohl vorstellen, daß derartige Verursachungen eben nur dann vorkommen, wenn eine epileptische Veranlagung vorhanden ist. Auch die Empfindungsstörungen der Epileptiker gleichen vielfach ganz denen der Hysterischen.

Die nicht seltene Vermischung der Krankheitserscheinungen hat früher zur Aufstellung des Begriffes „Hysteroepilepsie"[1]) geführt, die gewissermaßen ein Übergangsgebiet zwischen Epilepsie und Hysterie bilden soll, ja Steffens hat sogar die Anschauung vertreten, daß überhaupt eine Scheidung zwischen beiden Krankheiten undurchführbar sei und daher beide zweckmäßig unter der Gesamtbezeichnung der Hysteroepilepsie zusammengefaßt würden. Diese Auffassung, die unser Streben nach klinischer Erkenntnis in verhängnisvollster Weise lähmen würde, muß auf das entschiedenste bekämpft werden, wie es auch von vielen Seiten geschehen ist. Wenn man sieht, wie klärend schon jetzt unsere leider noch recht unvollkommenen Versuche zur Auflösung des Epilepsiebegriffes in seine Bestandteile nach klinischen Gesichtspunkten gewirkt haben, wird man wahrlich nicht geneigt sein, nunmehr gar noch Epilepsie und Hysterie zusammenzuwerfen. Als Frucht der

---

[1]) Hoche, Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie. 1902; Bratz und Falkenberg, Archiv f. Psychiatrie, XXXVIII, 500; Steffens, ebenda XXXIX, 1252; Hermann, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XIII, 24.

neueren Epilepsieforschung dürfen wir die wahrscheinliche Auffassung ansehen, daß wir es in der genuinen Epilepsie mit einer Allgemeinerkrankung zu tun haben, deren Anfälle von Umwälzungen im Körperhaushalte begleitet, vielleicht verursacht sind. Bei der Hysterie dagegen handelt es sich um den auf Grund krankhafter Anlage in abnormer Stärke, Form und Ausdehnung stattfindenden Ausdruck gefühlsstarker Vorstellungen. Zwischen diesen Krankheitsbildern kann es trotz mancher äußerlichen Ähnlichkeit der Erscheinungen keine wirklichen Übergänge geben. Dagegen ist eine Verbindung epileptischer und psychogener Störungen nicht nur möglich, sondern sogar ganz alltäglich. Bratz und Falkenberg fanden unter 724 Kranken 7 Männer und 31 Frauen, bei denen sie eine Vereinigung von epileptischen und hysterischen Zügen annahmen; die Entwicklung der ersteren ging dabei stets dem Hervortreten hysterischer Krankheitszeichen voraus. Ähnlichen Verknüpfungen begegnen wir aber auch bei einer großen Reihe gröberer Hirnerkrankungen, bei der traumatischen Neurose, ferner bei der Dementia praecox, beim manisch-depressiven Irresein, ja unter Umständen bei der Paralyse.

Dennoch soll nicht geleugnet werden, daß nicht nur im einzelnen Falle die Entscheidung darüber, ob Hysterie oder Epilepsie vorliegt, auf die größten Schwierigkeiten stoßen kann, sondern daß auch über die Zugehörigkeit mancher Krankheitserscheinungen noch keineswegs volle Übereinstimmung besteht. Als ein sicheres Zeichen der Epilepsie pflegt man allgemein den großen, mit tiefer, plötzlich einsetzender Bewußtlosigkeit, einleitendem Schrei, Zungenbiß, Pupillenstarre und unwillkürlichem Harn- oder Kotabgang einhergehenden Krampfanfall anzusehen, im großen und ganzen sicherlich mit Recht. Der hysterische Anfall pflegt auch da, wo sich nicht seine Auslösung durch eine Gemütsbewegung verfolgen läßt, weniger unvermittelt hereinzubrechen, als der epileptische. Dem Kranken bleibt noch eine gewisse Zeit, sich auf ihn vorzubereiten, ohne daß gerade eine bestimmte Aura vorherginge, wie sie auch dem Epileptiker die Möglichkeit gewähren kann, sich einigermaßen zu schützen. Die Bewußtlosigkeit, die den Epileptiker mit oder ohne Aura jäh überwältigt, kommt bei Hysterischen allmählicher zustande und ist wohl zumeist auch weniger tief. Daraus erklärt sich die Seltenheit ernsterer Verletzungen im hysterischen Anfall gegenüber den schwe-

ren Gefahren, die den Epileptiker bedrohen. Die Krampferscheinungen des epileptischen Anfalles selbst pflegen außerordentlich einförmig zu sein und bei demselben Kranken in annähernd gleicher Weise abzulaufen. Zudem handelt es sich im wesentlichen um eine einleitende starre Spannung der gesamten Körpermuskulatur mit daran sich schließenden einfachen Zuckungen in den verschiedensten Gebieten. Bei der Hysterie werden die ebenfalls vorhandenen, aber vielfach wechselnden Spannungen von weit verwickelteren Bewegungen abgelöst, die vielfach fast das Gepräge von Willkürhandlungen gewinnen, Herumwälzen, Sichaufbäumen, Zähneknirschen, Umsichschlagen, Zerreißen, Ballen der Fäuste, Beißen; dazu kommt Stöhnen, Aufschreien, Kreischen, Brüllen. Der Anfall verläuft auch in der Regel nicht nach einem bestimmten Muster, um dann abzuschließen, sondern er zeigt die mannigfaltigsten Verschiedenheiten, kann sich ganz ungebührlich, selbst über viele Stunden ausdehnen und immer wieder neue Anläufe nehmen. Meist läßt sich erkennen, daß äußere Einflüsse, die Beschäftigung mit dem Kranken, die Nähe bestimmter Personen, den Anfall verlängern, während Nichtbeachtung, eine kühle Übergießung, ein heftiger Schmerzreiz ihn abkürzen, unter Umständen plötzlich unterbrechen können. Das Fehlen der heftigen Kaumuskelkrämpfe, die den Epileptiker bisweilen seine Zunge unbarmherzig zermalmen lassen, erklärt die Seltenheit und Geringfügigkeit von Zungenbissen bei Hysterischen, wenn sie auch keineswegs ganz fehlen. Auch unwillkürlicher Harnabgang im Anfalle kommt ungleich seltener vor, als bei Epileptikern. Die Pupillen sind im epileptischen Anfalle fast immer, im hysterischen öfters starr; die Empfindlichkeit gegen Nadelstiche ist dort stets, hier nur etwa auf der Höhe des Anfalles oder auch außerhalb desselben aufgehoben.

Sehr unterstützt wird die Unterscheidung von hysterischen und epileptischen Anfällen, deren Ablauf man ja nur verhältnismäßig selten selbst beobachten kann, sobald man ihre Verteilung im Leben ins Auge faßt. Da die epileptischen Anfälle aus inneren Vorgängen entspringen, pflegen sie Jahre und Jahrzehnte hindurch in ziemlich gleichen, allerdings oft sich allmählich verändernden Zwischenpausen aufzutreten; wenn sich auch öfters eine kleine Gruppe von Anfällen aneinanderschließt, so folgt doch dann immer wieder eine ausgesprochene Pause. Demgegenüber sind die hysterischen Anfälle

in erheblichem Grade von den äußeren Bedingungen abhängig. Zwar wird durchaus nicht etwa jeder einzelne Anfall durch einen bestimmten Anlaß ausgelöst, aber man kann doch unschwer beobachten, daß sich die Anfälle bei gewissen Gelegenheiten, bei Streitigkeiten, bei der ärztlichen Visite, bei der klinischen Vorstellung, zu bestimmten Tageszeiten, beim Aufstehen, Essen, beim Glockenschlag mit besonderer Vorliebe einstellen und unter Umständen durch suggestive Einwirkungen, Drücken auf bestimmte Körpergegenden, scharfes Fixieren, Einreden, willkürlich hervorgerufen werden können. Zu manchen Zeiten können sie sich in ungeheuerlicher Weise häufen, tage- und wochenlang von früh bis spät andauern, um dann plötzlich wieder auf längere Zeit gänzlich zu verschwinden, namentlich bei der Entfernung aus der gewohnten Umgebung. Alle diese Erfahrungen sind der echten Epilepsie durchaus fremd; höchstens kann durch die Versetzung in die günstigeren Verhältnisse eines Krankenhauses, Bettruhe, Änderung der Ernährungsweise eine gewisse Verlängerung der Anfallspausen erreicht werden. Nächtliche Anfälle aus dem Schlafe heraus sind bei der Hysterie recht selten, bei der Epilepsie ungemein häufig.

Kennzeichnender vielleicht, als die großen Anfälle, scheinen die Anfälle von petit mal, namentlich die Absenzen, für die Epilepsie zu sein; ihr gehäuftes Auftreten gilt sogar für ein besonders ungünstiges Zeichen. Indessen hat Heilbronner als „gehäufte kleine Anfälle“ Beobachtungen beschrieben, die er wenigstens zum Teil nicht der Epilepsie zuzurechnen geneigt ist. Einerseits handelt es sich um unzählbare Schlafanfälle, die durch Anstaltsbehandlung plötzlich beseitigt wurden; gerade diese Form von Anfällen ist in der Regel als hysterisch zu betrachten. Ferner beobachtete er rasches Zwinkern der Augenlider mit Stocken der Rede sowie gehäufte Absenzen; hier ist jedenfalls die Zugehörigkeit zur Epilepsie recht wahrscheinlich. In einem Falle, wo der kleine Anfall täglich beim Waschen eintrat, entwickelte sich später trotz dieser psychischen Bedingtheit doch Epilepsie. Heilbronner meint, daß rasches Einsetzen und ungewöhnliche Häufigkeit der kleinen Anfälle, ebenso aufgewecktes Wesen der Kranken für die Annahme einer Hysterie spreche. Jedenfalls ist, von den Schlafanfällen abgesehen, große Vorsicht in der prognostischen Beurteilung geboten; nach Vogts Angaben sollen etwa $^1/_3$ der Kranken epileptisch werden.

Von verhältnismäßig geringer diagnostischer Bedeutung sind die Ohnmachten und Schwindelanfälle; nur ihre regelmäßige Wiederkehr ohne äußeren Anlaß, nicht aber ihr klinisches Bild an sich, gestattet den Schluß auf Epilepsie. Ähnliches gilt von den Verstimmungen, deren Kennzeichen bereits früher angeführt wurden, das plötzliche Entstehen und Vergehen ohne äußeren Anstoß, die kurze Dauer, die gleichartige, periodische Wiederholung, das einförmige Verhalten der Kranken, das bei ihnen häufig bestehende Gefühl der Fremdartigkeit der sich aufdrängenden Stimmung.

Recht schwierig kann es auch werden, epileptische Dämmerzustände als solche zu erkennen, namentlich, wenn die Vorgeschichte des Kranken gänzlich unbekannt ist. Die Abgrenzung von katatonischen Erregungszuständen wurde früher bereits besprochen. Gegenüber andersartigen deliranten Zuständen betont Bernstein besonders die Erschwerung der Wortfindung, die bei den meist wortkargen Epileptikern allerdings in der Regel erst durch Benennungsversuche aufgedeckt werden muß. Obgleich sich die Kranken lebhaft bemühen, den Anforderungen gerecht zu werden, im Gegensatze z. B. zu den ablehnenden oder gleichgültigen Katatonikern, bringen sie schwer die richtigen Bezeichnungen vor, wiederholen immer wieder die gleiche, sinnlose Antwort. In einer sehr eingehenden Zergliederung der psychischen Zustandsbilder hat Polet[1]) eine Zusammenstellung der Unterscheidungsmerkmale zwischen epileptischem Dämmerzustand und Typhusdelirium gegeben, aus der folgende Punkte angeführt seien. Die Klarheit über die Zeitverhältnisse pflegt im Dämmerzustande weniger, diejenige über die Umgebung stärker gestört und wahnhaft verändert zu sein, als im Typhusdelirium. Die Aufmerksamkeit ist beim Epileptiker besser, die Ablenkbarkeit stärker, das Müdigkeitsgefühl weit geringer. Ideenflucht, Wortfindungsschwierigkeiten und Haften sind bei ihm häufig, fehlen dagegen dem Typhuskranken; das Erkennen ist besser, die Merkfähigkeit aber schlechter als bei letzterem.

Die Unterscheidung der epileptischen von den hysterischen Dämmerzuständen ist aus den Erscheinungen selbst oft nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit möglich; vielfach wird man auf die Vorgeschichte, den Nachweis hysterischer Stigmata, die Beobachtung

[1]) Polet, Bijdrage tot de symptomatologie der epileptischen Bewußtziynsstoornissen. Diss. 1911.

eingeschobener Krampfanfälle angewiesen sein. Im allgemeinen sind die Epileptiker in ihren Dämmerzuständen mehr wortkarg, häufig ängstlich oder finster, gespannt, bedrohlich, während sich der hysterische Dämmerzustand theatralischer, lärmender abzuspielen pflegt, nicht selten auch eine gewisse läppische, spielerische Färbung darbietet. Namentlich aber läßt sich viel öfters erkennen, daß die Kranken durch die Vorgänge in ihrer Umgebung beeinflußt werden, bisweilen durch starke Einwirkungen erweckt werden können, während die Epileptiker mehr die Neigung haben, sich abzusperren und zurückzuziehen. Andererseits werden sie unter Umständen plötzlich außerordentlich gefährlich für sich oder ihre Umgebung, während die Erregungsausbrüche der Hysterischen weit harmloser zu verlaufen pflegen. Die eigentümlichen, lange dauernden, besonnenen Delirien, die sich häufig mit der Neigung zu planlosen Reisen verbinden, erinnern in vieler Hinsicht an die Verdoppelung der Persönlichkeit, wie sie bei Hysterischen zur Beobachtung kommen; sie scheinen vorzugsweise bei jenen Kranken zustande zu kommen, die wir unter Anlehnung an die Bratzsche „Affektepilepsie" gesondert geschildert haben.

Heilbronner ist geneigt, den Wandertrieb in der Mehrzahl der Fälle der Hysterie zuzurechnen. Ich kann mich auf Grund meiner Erfahrungen dieser Anschauung nicht anschließen, muß jedenfalls daran festhalten, daß triebartiges Fortlaufen und Herumirren bei der Epilepsie eine ungemein häufige Erscheinung ist, wenn natürlich auch die abenteuerlich entwickelten Fälle nicht alle Tage vorkommen und meist wohl der „Affektepilepsie" zuzurechnen sind. Dagegen ist ohne weiteres zuzugeben, daß planloses Herumwandern oder Reisen durchaus nicht bei der Epilepsie allein beobachtet wird. Außer bei der Hysterie, bei der es ebenfalls die Form von Dämmerzuständen annehmen kann, beobachten wir es öfters bei Hebephrenen und namentlich bei psychopathischen Persönlichkeiten. Ich glaube indessen, daß sich der ganze Vorgang in diesen Fällen wesentlich anders abspielt, als bei den Epileptikern. Hier bildet die Einleitung regelmäßig eine ausgeprägte Verstimmung von heimwehartiger Färbung, die sich zum wirklichen Dämmerzustande weiterentwickeln kann, besonders unter dem Einflusse des Alkohols. Bei Hebephrenen sind es triebartige Handlungen, vielfach im Zusammenhange mit Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen, aber meist ohne stär-

kere gemütliche Betonung und ohne Bewußtseinstrübung. Die Kranken stehen auch hinterher diesen Handlungen ganz gleichgültig gegenüber, finden nichts Besonderes dabei, während sie dem Epileptiker durchaus als fremdartige, nicht seinem natürlichen Wollen entsprechende Ereignisse erscheinen. Die Psychopathen endlich wandern und reisen infolge eines augenblicklichen Einfalles, einer zufälligen Verführung, eines Ärgers, oder wenn ihnen gerade eine größere Geldsumme in die Hand fällt. Auch bei ihnen besteht keine Bewußtseinstrübung; sie reisen weiter, bis sie in Not geraten, oder bis die Abenteuerlust für den Augenblick verraucht ist. Die echten Epileptiker dagegen pflegen, wenn sie noch eine Heimat haben, schleunigst dorthin zurückzukehren, sobald sie über ihre Lage klar geworden sind.

Die Auffassung, daß die klinische Gestaltung des epileptischen Anfalles zum guten Teil durch vorgebildete Einrichtungen unseres Nervensystems bedingt wird, die durch irgendeinen Reiz in Bewegung gesetzt werden, findet in der Erfahrung eine gewisse Bestätigung, daß epileptische Anfälle anscheinend in großer Vollkommenheit vorgetäuscht werden können. Abgesehen von älteren derartigen Berichten, erwähnt Westphal einen Kranken, der auf Wunsch in der Vorlesung einen kennzeichnenden epileptischen Anfall bekam; auch Leubuscher beobachtete einen Menschen, der seit seinem 12. Lebensjahre, nachdem er die Krämpfe eines Nachbarn gesehen hatte, sie aus den verschiedensten Beweggründen gelegentlich unter vollkommener Täuschung seiner Umgebung nachahmte. Jödicke berichtet, daß er in einem ähnlichen Falle das Erhaltensein der Pupillenreaktion während der Krämpfe feststellen konnte.

Die Bekämpfung[1]) der Epilepsie hat vor allem mit der Vorbeugung zu beginnen. Der Weg wird uns hier durch die erblichen Beziehungen der Krankheit zum Alkoholismus gewiesen. Wenn wir bedenken, daß auf 1000 Menschen mindestens 1—2 Epileptiker kommen, und daß etwa $^1/_4$—$^1/_5$ derselben von trunksüchtigen Eltern erzeugt wurden, so wird das für uns Ärzte ein neuer Antrieb

[1]) Gilles de la Tourette, Le traitement pratique de l'épilepsie. 1901; Laudenheimer, Therapie der Gegenwart, Juli 1900; Donath, Psychiatrische Wochenschrift, II, 79; Strümpell, Deutsches Archiv f. klin. Medizin, LXXXIV, 1905; Runge, Die Therapie der genuinen Epilepsie, Diss. 1906; Leubuscher, Medizin. Klinik, 1908, 4; Schnitzer, Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych., II, 77.

sein, mit allen Kräften die Verbreitung des furchtbaren Volksgiftes zu bekämpfen, das nicht nur die Gegenwart, sondern auch die Zukunft vernichtet. Ähnliches gilt für die Lues. Weiterhin wird es im Hinblick auf die Vererbungsmöglichkeit angezeigt sein, bei ausgeprägter Epilepsie von einer Verehelichung abzuraten.

Von einer eigentlich ursächlichen Behandlung der Epilepsie kann heute, wo wir über Ursachen und Wesen des Leidens noch so wenig unterrichtet sind, kaum die Rede sein. Nur bei der traumatischen, syphilitischen und alkoholischen Epilepsie kann der Versuch einer Beseitigung der Krankheitsursachen gemacht werden, wie bei der Besprechung der genannten Formen angedeutet wurde. Dennoch hat man auf Grund dieser oder jener Anschauungen über die Grundlagen der Epilepsie zu den allerverschiedensten, oft recht absonderlichen Mitteln gegriffen, in der Hoffnung, dadurch das Leiden zu beseitigen. Namentlich die Chirurgen sind hier sehr tätig gewesen. Gerade die Mannigfaltigkeit der vorgenommenen Eingriffe zeigt jedoch am besten, wie sehr wir hier noch im Dunkeln tappen. Vor allem hat man nach dem Vorgang von Horsley und Krause das „epileptogene Rindenstück" auch bei der genuinen Epilepsie herausgeschnitten; man glaubte es in denjenigen Fällen bestimmen zu können, in denen die Krämpfe regelmäßig von einer bestimmten Stelle ausgingen[1]). Kotzenberg, der 16 Fälle so behandelt hat, berichtet über zwei Genesungen und vier Besserungen; Sprattling sah unter 33 Fällen eine Heilung und drei Besserungen, Auerbach unter 6 Fällen vier Heilungen, Doran unter 29 Fällen sechs Besserungen. Krause, der 38 Ausschneidungen von Rindenstückchen vornahm, gibt an, daß fünf Kranke geheilt wurden, drei starben. Am meisten Aussicht auf Erfolg dürfte jedenfalls nicht bei genuiner Epilepsie bestehen, bei der die Hirnveränderungen höchstwahrscheinlich nur den Ausdruck einer Allgemeinerkrankung bilden und zudem weit ausgebreitet sind, sondern bei der Residualepilepsie, deren Anfälle durch alte encephalitische Herde, Zysten, Verwachsungen ausgelöst werden. Sicard erzählt von einem Kranken, der in 11 Jahren sieben Trepanationen wegen Epilepsie durchgemacht hatte.

[1]) Matthiolius, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1899, 52; Jolly, Charité-annalen, XX; Winkler, L'intervention chirurgicale dans les épilepsies. 1897; Cullerre, Annales médico-psycholog., 1899, 2, 77; Kotzenberg, Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1905, 55; Friedrich, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XXVI, 129, Ergänzungsheft.

Kochers Anschauung, daß es sich bei der Epilepsie um eine Drucksteigerung im Schädelraum handle, gab den Anlaß zur Trepanation oder auch Kraniektomie mit Spaltung der Dura. In der Tat soll diese „Lüftung“ des Gehirns bisweilen für einige Zeit günstig wirken. Krause führte sie 12 mal aus und sah zwei erhebliche Besserungen. Ito, der 58 operierte Fälle zusammenstellt, berichtet über 8 Heilungen und 15 Besserungen. Doberer empfiehlt, einen Kreuzschnitt in die Dura zu machen und deren umgeschlagene Zipfel unter den Knochen zu schieben. Bircher nahm eine kräftige Massage des bloßgelegten Rindenstückes vor, um es dadurch zum Schwunde zu bringen. Anton hat, da das Gehirn der Epileptiker nicht selten sehr umfangreich sei und daher im Mißverhältnis zum Schädelinhalt stehe, auch hier den Balkenstich zur Schaffung eines Ausgleichsventils für die Hirnhöhlen empfohlen. Ausgehend von gewissen Vorstellungen über die Kreislaufsverhältnisse beim epileptischen Anfalle hat Alexander die Vertebrales unterbunden. Chipault und Jonnesco haben in größerem Maßstabe den Halssympathicus durchschnitten; zum Teil wurde auch das oberste Halsganglion herausgeschnitten. Die Kranken ertrugen jenen ersteren Eingriff schlecht, diesen letzteren merkwürdig gut. Der Erfolg wurde sehr gerühmt, konnte aber, wie es zu gehen pflegt, von anderen Beobachtern nicht wieder erreicht werden. Selbst die Unterbindung des Sinus longitudinalis superior wurde zum Zwecke der Epilepsieheilung ausgeführt. Mehr vereinzelt ist die Vagusdehnung, die Biersche Stauung durch eine Halsbinde oder die harmlosere Faradisation des Halssympathicus in Anwendung gezogen worden. Sicard hat die Kompression des Schädels von der Stirn zum Hinterhaupte mittels einer Kautschukbinde empfohlen, um so den Kreislauf in den Diploëvenen günstig zu beeinflussen.

Sehr vielfach hat man einen Einfluß auf die Epilepsie durch Beseitigung von Reizen angestrebt, die man als auslösende Ursachen betrachtete. Vor allem kommt das Ausschneiden von Narben in Betracht, namentlich wenn sie schmerzhaft sind, wenn in ihnen die Aura beginnt oder gar durch Druck auf sie Anfälle ausgelöst werden können. Plavec berichtet über das Verschwinden von Krämpfen am Mundwinkel, die er als „kleine motorische Epilepsie“ auffaßte, nach Beseitigung eines erkrankten Zahnes, Lang über Heilung einer Epilepsie durch Entfernung eines Nasen-

steins. Frey fand unter 112 Fällen von genuiner Epilepsie 30mal Erkrankungen des Nasenrachenraums und der Ohren, deren Behandlung sehr günstige Ergebnisse lieferte; auch Bryant hatte gute Erfolge durch Beseitigung von Nasenleiden. Naab sah Heilung von „Reflexkrämpfen" bei Kindern nach Abtreibung von Askariden durch Santonin und Kalomel. Selbst die Beseitigung des als Ursache der Epilepsie angesehenen Höhenschielens durch entsprechende Brillen hat nach Schöns Mitteilungen vorzügliche Erfolge aufzuweisen. Die Frage, wieweit es sich in allen solchen Fällen um dauernde Heilungen, und ferner, ob es sich überhaupt um Epilepsie und namentlich um die genuine Form gehandelt hat, muß wohl offengelassen werden.

Eine lange Reihe von Behandlungsvorschlägen haben sich an die Anschauungen über die Verursachung der Epilepsie durch Selbstvergiftung angeknüpft. Hierhin ist wohl die von Doran 4mal ausgeführte Ausschneidung der Eierstöcke zu rechnen, die er für Fälle mit ungünstiger Beeinflussung durch die Menses empfiehlt; 2mal wurde Besserung erzielt. Auch Davidsohn spricht von einer „ovarialen" Epilepsie, die er in der angeführten Weise behandelte. Er fand dabei zystische Entartung, Hypertrophie, Schrumpfung, Verwachsung der Eierstöcke; in 5 von ihm operierten Fällen waren die Organe jedoch völlig gesund. Eine Serumbehandlung hat sich im Anschlusse an Cenis Versuche entwickelt. Dieser Forscher erzielte entweder Besserung oder Verschlechterung der Epilepsie durch Einspritzung nicht nur fremden Epileptikerserums, sondern auch des eigenen Serums bei seinen Kranken. Mazzei hatte in 4 von 5 Fällen, Tiengo in 5 von 6 Fällen guten Erfolg, während Sala und Rossi keinerlei Wirkung beobachten konnten. Gerhartz behandelte zwei Epileptiker mit fremdem, kurz nach dem Anfalle gewonnenem Serum ohne erhebliche, Gallus drei Kranke ebenfalls ohne nennenswerte Beeinflussung. Wende dagegen, der zwölf Kranken 2 Monate hindurch Serumgaben von 2—20 ccm einspritzte, sah eine Abnahme der Anfälle, allerdings, nachdem vorher auf rasche Bromentziehung eine starke Vermehrung derselben erfolgt war. Offenbar sind alle diese Erfahrungen gänzlich ungenügend, um ein Urteil über das sehr unsicher begründete Verfahren zu ermöglichen. Zusak suchte epileptische Kaninchen durch Einspritzung von Serum kachektisch gemachter Tiere günstig zu beeinflussen, indem

er auf die Wirkung hier gebildeter Schutzstoffe rechnete; er gibt an, auch an Menschen schon günstige Erfahrungen gesammelt zu haben.

Um die Gifte im Magen und Verdauungskanal zu beseitigen, sind Magen- und Darmausspülungen, Abführmittel, innerliche Desinfektionsmittel (β-Naphthol, Salol, Kalomel) empfohlen werden. La Place hat zu diesem Zwecke in einem Falle sogar die Eröffnung des Blinddarms mit Ausspülungen des Kolons unter Schließung der Fistel nach einigen Monaten ausgeführt, mit gutem Erfolge! Ferner soll die Harnausscheidung durch reichliches Trinken von Wasser, schwachem Tee, Kochsalzlösungen angeregt werden, die Schweißabsonderung durch heiße Luftbäder. Daß epileptische Frauen auch mit Kuheierstöcken behandelt worden sind, wird uns nicht wundernehmen, ebensowenig, daß eine Reihe von andern Körperbestandteilen als Heilmittel der Epilepsie in Anwendung gezogen worden sind. So fand Babes, daß die Einverleibung der Hirn- und Rückenmarksmasse vom Kaninchen oder Kalb günstige Wirkungen hervorbrachte; ähnliche Versuche stellten Rebuschini und Paul an. Pöhl hat ein „Opocerebrin" erzeugt, das dann von Lion durch Beimischung von kakodylsaurem Natron zu einem „Arsenocerebrin" gemacht wurde und in Gaben von 3—6 mal wöchentlich 2—4 g glänzende Erfolge erzielte, allerdings unter gleichzeitiger Darreichung von Brom. Leider konnten ähnliche Wirkungen nicht immer erreicht werden. Die Unwirksamkeit des Hodensaftes haben Bourneville und Cornet nachgewiesen. Die Erfahrungen über das Aussetzen der epileptischen Anfälle bei Infektionskrankheiten haben den Vorschlag gezeitigt, derartige Krankheiten bei Epileptikern zu erzeugen, ihnen Erysipelserum einzuspritzen, sie mit Wutgift zu impfen. Fröhner und Hoppe, die den Stoffwechsel der Epileptiker bei Schilddrüsendarreichung untersuchten, sahen in einem Falle einen günstigen Einfluß auf die Anfälle; die Ausscheidung von Stickstoff, Kochsalz und Phosphorsäure nahm zu. Auch Stern, der Beziehungen zwischen Epilepsie und Schilddrüsenveränderungen vermutet, sah von Thyreoidingaben gute Erfolge.

Von erheblicher Wichtigkeit für die Bekämpfung der Epilepsie hat sich die Regelung der Kost erwiesen, ein Zeichen dafür, daß wir es hier in der Tat mit Stoffwechselstörungen zu tun haben. In der Absicht, namentlich die Bildung reichlicher Harnsäure zu

verhindern, gab Haig eine wesentlich pflanzliche Nahrung, Milch, Mehlspeisen, Gemüse, und riet, außer Fleisch noch Tee, Kaffee und Bouillon zu vermeiden. Auch Rumpf und Turner haben eine ähnliche Diät empfohlen; Rodiet, Callemant und Roux fanden die reine Pflanzenernährung, die sie bei elf weiblichen Epileptikern durchführten, in 3 Fällen ungünstig wirkend. Gottschalk sah in 11 unter 20 Fällen von stickstoffarmer, vegetarischer Kost Besserung. Agostini befürwortet mehr gemischte Kost, da er von einseitiger Pflanzennahrung verderbliche Magenstörungen erwartet; Rosanoff fand keinen Unterschied in der Wirkung gemischter und vegetarischer Kost; er empfiehlt, viel Fett und Kohlehydrate, aber wenig stickstoffhaltige Nahrung zu verabreichen. Baugh[1]) stellte Versuche mit purinfreier, mäßig purinhaltiger und purinreicher Nahrung an, die im Hinblicke auf die unzulängliche Verarbeitung der Purinkörper bei Epileptikern wichtig sind. In der Tat fand sich, daß für die Kranken die purinfreie Kost am günstigsten war. Auch nach den Versuchen Rohdes würden namentlich die Purinkörper in der Nahrung zu vermeiden sein.

Von großer Bedeutung für die Ernährungsfrage sind ferner die von Alt[2]) und Hoppe an 24 Epileptikerkindern in drei Gruppen durchgeführten Ernährungsversuche. Die Gruppen wurden abwechselnd je 4 Wochen mit Milchkost, reiner Pflanzenkost und gemischter Kost verpflegt. Dabei stellte sich heraus, daß die Zahl der Anfälle bei der Pflanzenkost etwas abnahm, bei der Milchkost bis unter die Hälfte sank. Alt macht jedoch darauf aufmerksam, daß überall die persönliche Eigenart Berücksichtigung fordert. Bei geringem Salzsäuregehalt des Magensaftes wird Pflanzenkost, bei stärkerem dagegen Fleischkost besser vertragen; Milchkost bewirkt bisweilen hartnäckige Verstopfung und damit Verschlechterung des Zustandes. In einer weiteren Versuchsreihe wurde zunächst 6 Wochen gemischte Kost, dann ebenso lange Pflanzenkost mit 80—90 g Pflanzeneiweiß, endlich wiederum gemischte Kost verabreicht. Die Harnsäureausscheidung sank im zweiten Versuchsabschnitte auf die Hälfte; die Zahl der Anfälle wurde etwas größer. Hoppe schließt daraus, daß reichlichere Zufuhr von Eiweiß, auch pflanzlichem, die in der ersten Versuchsreihe bei der

[1]) Baugh, Journal of mental science, LVI, 470.
[2]) Alt, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIX, 753.

Pflanzenkost vermieden war, nicht zu empfehlen sei. Im ganzen wird man, abgesehen von besonders gelagerten Ausnahmen, am besten eine vorwiegende Pflanzenkost neben reichlicher Milchnahrung vorschreiben, da sie auch für längere Zeit genügende Abwechselung erlaubt. Reis, Gries, Sago, Makkaroni, Mehlspeisen aller Art, Obst, nicht blähende, eiweißarme Gemüse, Olivenöl, Kakao, Zucker, Fruchtsäfte, daneben Butter und Eier werden die Hauptbestandteile der Nahrung zu bilden haben, während Fleischspeisen und Fische, starker Kaffee und Tee zu verbieten sind.

Alt macht namentlich noch auf den wohltätigen Einfluß einer allgemeinen Beschränkung der Nahrungszufuhr aufmerksam, da Epileptiker vielleicht noch mehr als Gesunde die Neigung haben, den Magen zu überladen. Jedenfalls sind alle Verdauungsstörungen nach Möglichkeit zu vermeiden und sogleich sorgfältig zu behandeln. In dieser Richtung bewegen sich auch die von Guelpes und A. Marie empfohlenen „Entgiftungskuren", die in möglichster Einschränkung der Nahrungsaufnahme, Einschieben von Fasttagen und reichlicher Darmentleerung bestehen.

Ganz besondere Wichtigkeit möchte ich in der Behandlung der Epilepsie aus früher erörterten Gründen der Durchführung dauernder und vollständiger Enthaltung von geistigen Getränken beilegen. Viele Epileptiker sind zeitweise oder dauernd überempfindlich gegen Alkohol und in großer Gefahr, durch ihn gelegentlich in schwere geistige Störung zu verfallen, sich selbst und anderen in hohem Grade gefährlich zu werden. Allerdings fand Bratz, der 200 Epileptiker je 9 Monate lang mit oder ohne Darreichung von Alkohol (2 Flaschen Bier täglich) behandelte, keinen Unterschied in der Häufigkeit der Anfälle, aber einmal ist die verabreichte Alkoholmenge, die kaum über 40 g hinausgehen dürfte, verhältnismäßig gering, und dann steht dem hier im Schutze der Anstalt durchgeführten Versuche eine so überwältigende Zahl von üblen Erfahrungen aus dem freien Leben gegenüber, daß an der Gefährlichkeit des Alkohols für Epileptiker nicht gezweifelt werden kann. Zur Erklärung des ungünstigen Einflusses geistiger Getränke ist vielleicht außer der benebelnden und erregenden Wirkung des Alkohols, wie Allers angedeutet hat, unter Umständen auch der Gehalt des Bieres an Purinstoffen heranzuziehen, der nach den Angaben von Walker Hall in 1 L Bier größer ist, als in 100 g Rind-

oder Schweinefleisch. Erwähnenswert ist auch, daß Pollak den exogenen Purinstoffwechsel bei chronischem Alkoholismus bedeutend verlangsamt fand. Von besonderer Wichtigkeit ist das Alkoholverbot natürlich für die Dipsomanen, bei denen seine unbedingte Durchführung das einzige, aber öfters erstaunlich günstig wirkende Heilmittel bildet. Wie ich in einer Reihe von Fällen beobachtet habe, verlaufen die hier so gefährlichen Verstimmungen ohne Alkohol nicht nur ganz harmlos, sondern sie werden auch nach und nach seltener und unbedeutender und können sich, wie es scheint, allmählich fast ganz verlieren. Tee und Kaffee scheinen bei Epilepsie ebenfalls ungünstig zu wirken, wenn auch in geringerem Maße, als der Alkohol; auch hier könnte der Puringehalt in Betracht kommen.

Das Auftreten der epileptischen Anfälle selbst hat man mit zahllosen Mitteln zu verhindern gesucht. Allerdings könnte man zweifelhaft sein, ob dieses Bestreben zweckmäßig ist, wenn die Anfälle wirklich Sicherheitsventile vorstellen und das angesammelte Gift vernichten. Vielleicht geschieht aber die Verringerung der Anfälle überhaupt nur durch Beseitigung ihrer Ursache. Von einer Aufzählung aller Mittel, die man zu jenem Zwecke angewendet hat, dürfen wir hier absehen. Hier hat neben den rastlosen Bemühungen der Ärzte auch die Kurpfuscherei sich eifrig betätigt, von den Sympathiemitteln und den Elsternaugen an bis zu der Schar der sich unter hochtönenden Bezeichnungen anpreisenden Geheimmittel. Erwähnen wollen wir zunächst nur den Borax und die Borsäure (5 bis 8 g täglich), die bei geringem Nutzen schwere Verdauungsstörungen, Hauterkrankungen und Nierenentzündungen erzeugen können, das Argentum nitricum, das Bromäthyl, das Atropin und das von verschiedenen Seiten gerühmte Zinkoxyd (steigende Gaben von 0,06 g an). Das Amylnitrit sollte mit seiner gefäßlähmenden Wirkung zur Unterdrückung des beginnenden Anfalles dienen, leistet aber nichts. Krainsky hat auf Grund seiner Auffassung von der Entstehung der Epilepsie nach einem Mittel gesucht, welches imstande wäre, das karbaminsaure Ammoniak im Blute zu zerstören. Er fand es im kohlensauren Lithion, das er in mittleren Gaben von 2 bis höchstens 5 oder 6 g in Anwendung brachte; es sollte sich karbaminsaures Lithium und kohlensaures Ammon bilden, das vom Körper ausgeschieden wird. Seine Erfolge waren nicht nur bei der Epilepsie, sondern auch bei der Eklampsie vorzügliche, doch traten bei höheren

Gaben des Mittels Vergiftungserscheinungen, Benommenheit, Niedergeschlagenheit, Ataxie auf. Ranninger konnte mit allerdings wesentlich kleineren Gaben (1—1,5 g) gar keine Wirkung erzielen.

Látrány, der von ähnlichen Gedankengängen ausgeht und die Bildung der Harnsäure einschränken, ihre Ausscheidung befördern will, sucht das erstere durch eine Mischung von Colchicin und Chinasäure, das letztere durch Lithiumgaben zu erreichen; er erzielte mit diesem „Epuratin" genannten Gemisch sehr befriedigende Erfolge. Die Annahme, daß bei der Epilepsie eine vermehrte Kalkausscheidung stattfinde, hat zu dem Versuche geführt, diese Störung durch Darreichung von Kalksalzen auszugleichen. Littlejohn, Silvestri, Ohlmacher, Roncoroni waren davon befriedigt, Donath nicht. Auch Magnesiumsalze sind unter dem gleichen Gesichtspunkte angewendet worden. Auf „molekularphysikalische" Anschauungen gründet Rosenberg die Wirkung des von ihm angepriesenen „Epileptols", das im wesentlichen ein Gemisch von Formamid und Formaldehyd-Formamid darstellt, doch hat das Mittel den Nachprüfungen von Schnitzer, Hebold und Bratz nicht standgehalten. Neuerdings hat Fackenheim über günstige Erfolge mit Crotalin, dem Gift der Klapperschlange, berichtet, das zuerst von Spangler in Amerika versucht wurde. Das Mittel wird in steigenden Gaben von 0,005—0,02 g eingespritzt und macht heftige Entzündungserscheinungen mit Schmerzen, Schwellung, Quaddelbildung ohne Fieber, die 20—24 Stunden anhalten, um dann allmählich wieder zu schwinden. Von Wildermuth ist die Überosmiumsäure und namentlich das Amylenhydrat empfohlen worden, das in Gaben von 5—8 g täglich Zahl und Stärke der epileptischen Anfälle herabzusetzen scheint. Auch Valerianapräparate hat man öfters angewendet, mit oder ohne Verbindung mit Brom.

Bei weitem die wirksamsten Mittel in der Behandlung der Epilepsie sind jedoch immer noch die Bromsalze, die hier zum ersten Male 1857 von Locock[1]) empfohlen wurden. Wir geben sie zu 4—6 g täglich, einzeln oder in Form des Erlenmeyerschen Gemisches. Freilich sind schon viel größere Gaben, bis zu 30 g, verordnet und anscheinend auch vertragen worden, doch kann da-

[1]) Die Mitteilung findet sich im Lancet 1857, 588; alle anderen in der Literatur verbreiteten Citate haben sich bei genauer Nachprüfung als falsch erwiesen.

durch unter Umständen sicher schweres Unheil angerichtet werden. Viviani hat Bromsalze zu 0,5 g unter die Haut eingespritzt; Frigerio hat sich die Umstände gemacht, seinen Kranken das Serum von Ziegen einzuspritzen, denen er vorher große Bromgaben verabreicht hatte; er ließ auch deren Milch trinken. Ob die übrigen Brompräparate, das Bromstrontium, Bromokoll, Bromalin, Bromglidine, Bromeigon, Castoreumbromid, der Monobromkampfer mehr leisten, als das am meisten benutzte Bromnatrium, steht dahin; das Bromipin, das Sabromin, das Neuronal (Bromdiäthylacetamid, 0,1 bis 0,5 g, — mehrmals täglich), ferner das Zebromal (4—5 g — 3 g NaBr) werden von verschiedenen Seiten warm empfohlen. Wollen wir Erfolge erzielen, so muß das Brom ganz planmäßig möglichst lange Zeit hindurch genommen werden. Kann man die Zeiten, zu denen Anfälle zu erwarten sind, einigermaßen voraussehen (Menses), so empfiehlt es sich, die Gaben schon vorher etwas zu steigern, um nach einem Anfalle wieder zurückzugehen. v. Wyß und Ulrich[1]) sind auf Grund ihrer Versuche der Ansicht, daß für die Verhinderung der Anfälle die Einhaltung eines unternormalen Chlorgehaltes im Blute, des „Schwellenwertes", nötig ist. Man bestimmt ihn im einzelnen Falle, indem man von größeren Bromgaben herabsteigt, bis der erste Anfall eintritt; dann wäre 1 g Brom täglich mehr zu geben. Durch allerlei Einflüsse (Menses, Trauma) kann sich der Schwellenwert verändern, so daß man bei Bemessung der Bromgabe darauf Rücksicht nehmen muß. Ausschwemmung des Broms aus dem Körper durch reichliche Flüssigkeitszufuhr kann den Chlorgehalt steigern, ebenso kochsalzreiche Nahrung; darum wäre beides zu vermeiden.

Bei längerer Darreichung von Brom in größeren Gaben wird nämlich das Mittel im Körper aufgespeichert, anscheinend, indem es an Stelle des Chlornatrium tritt, das nach Laudenheimers[2]) Angaben in größeren Mengen ausgeschieden wird. Sobald dann das „Bromgleichgewicht" erreicht wird, soll die Ausscheidung der Einnahme entsprechen. v. Wyß ist auf Grund seiner Untersuchungen zu der Ansicht gelangt, daß die angebliche Bromwirkung lediglich eine Folge der Chlorverarmung des Körpers sei, ein Schluß, der mit den klinischen Erfahrungen schwerlich in Einklang zu bringen ist. Immer-

[1]) v. Wyß und Ulrich, Archiv f. Psychiatrie, XLVI, 197.
[2]) Laudenheimer, Neurologisches Centralblatt 1897, 12.

hin scheint die Bromvergiftung nach Laudenheimers Angaben bei chlorarmen, also namentlich anämischen Personen besonders rasch zustande zu kommen, kann aber durch Zufuhr von Kochsalzlösung hinausgeschoben werden. Darreichung größerer Kochsalzmengen (10—20 g) scheint, wie Ulrich berichtet, nach langer Unterdrückung von Anfällen solche auslösen zu können. Im weiteren Verlaufe pflegen die Erscheinungen der Bromvergiftung hervorzutreten, Akne, Verdauungsstörungen, bronchitische Erkrankungen, Herzschwäche, Schläfrigkeit, Gedächtnisschwäche, Benommenheit. Man nimmt an, daß durch das Schwinden des Rachenreflexes oder Kornealreflexes der Zeitpunkt gekennzeichnet werde, an dem der Körper mit Brom gesättigt ist; auch Erweiterung und träge Reaktion der Pupillen sind als Zeichen dafür angegeben worden.

Das Auftreten der Akne kann man durch sorgfältige Hautpflege, Waschen mit Borwasser, Darreichung kleiner Arsengaben einigermaßen hintanhalten; auch manche Bromformen, Bromipin, Bromeigon, Bromglidine, Bromokoll, sollen weniger leicht Vergiftungserscheinungen herbeiführen. Bei schwererem Bromismus ist es unbedingt geboten, sofort, aber langsam mit der Arzneigabe herunterzugehen. Es gelingt jedoch bei gehöriger Vorsicht meist, den Kranken mittlere Bromgaben jahrelang zuzuführen, nach Umständen mit gelegentlichen Abminderungen oder Unterbrechungen. Hier kommt es in einzelnen Fällen vor, daß die epileptischen Störungen nicht nur gänzlich verschwinden, sondern auch nach dem Aussetzen des Mittels nicht wiederkehren, so daß man von wirklichen Heilungen sprechen kann. Meistens wird wenigstens eine erhebliche Besserung erreicht, doch dauert der Erfolg in der Regel nur solange und vielleicht noch nicht einmal solange an wie die Darreichung des Heilmittels.

Nach dem Aussetzen der Brombehandlung, namentlich wenn es plötzlich geschieht, kommt es nicht selten vor, daß sich die Krämpfe und mit ihnen auch die psychischen Störungen wesentlich verschlimmern. Außerdem sah ich zweimal gerade unter dem Einflusse des Bromkalium einen wahren Status epilepticus sich entwickeln, der erst nach Ersetzung des Mittels durch Atropin wieder schwand, und endlich wurden in einem von mir beobachteten Falle zwar die Anfälle durch das Brom vorübergehend beseitigt, doch stellten sich statt ihrer ungemein heftige Aufregungszustände mit

leichter Bewußtseinstrübung ein, die mich die Krämpfe zurückwünschen und die eingeleitete Kur aufgeben ließen. Derartige Zwischenfälle weisen ebenso wie die ernsten Gefahren, die durch die Bromvergiftung herbeigeführt werden können, auf die Notwendigkeit hin, jede Bromkur sorgfältig ärztlich zu überwachen. Man trifft noch immer zahlreiche Epileptiker an, die auf Grund eines vor Jahren von einem Arzte oder von Bekannten gegebenen Rates nach ihrem Gutdünken ganz unregelmäßig roh abgemessene Bromsalzmengen zu sich nehmen. Vor diesem Verfahren, das unberechenbares Unheil stiften kann, muß auf das eindringlichste gewarnt werden. Jeder Epileptiker sollte Brom nur nach genauer, den besonderen Verhältnissen seines Krankheitsfalles angepaßter ärztlicher Vorschrift nehmen und müßte sich mindestens alle paar Wochen einmal dem Arzte vorstellen. Sehr wichtig wird es dabei sein, wenn er über Häufigkeit und Art seiner Anfälle Buch führt, um so dem Arzte jeweils ein Urteil über den Stand der Dinge zu ermöglichen.

In einer gewissen Zahl von Fällen, die nach den Angaben von Bratz zwischen 4 und 36% schwankt, bleiben die Bromsalze ohne Wirkung; besonders die kleinen Anfälle pflegen der Behandlung wenig zugänglich zu sein. Man hat daher das Mittel mit verschiedenen anderen verbunden. Bechterew bevorzugt ein Gemisch von Bromkalium (12 g) mit Kodein (0,15—0,2 g) und einem Infus von Adonis vernalis (2—2,8 : 180), von dem 3mal täglich ein Eßlöffel gegeben wird. Jödicke empfiehlt eine Verbindung von Arsenferratin mit Bromnatrium bei schwächlichen, blutleeren Epileptikern. Das Weilsche Epilepsiepulver enthält 84% Eisenbromid, 10% Hämoglobin, 6% Enziantinktur und wird 3mal täglich zu 1 g gegeben; auch mit der Darreichung von Digitalis, Belladonna, Chloralhydrat, Valeriana ist die Brombehandlung verknüpft worden. Andererseits hat man die Wirkung durch Abwechselung mit anderen Arzneien zu erhöhen gesucht. So wurde von Möli das Brom zeitweilig durch Atropin ersetzt, während Flechsig[1]) die planmäßige Folge von

[1]) Flechsig, Neurolog. Centralblatt, 1893, 230; 1897, 50; Salzburg, Über die Behandlung der Epilepsie, insbesondere mit Opium-Brom nach Flechsig, Diss. 1894; Linke, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII, 753; LV, 260; Pollitz, ebenda, LIII, 377; Bratz, ebenda, LIV, 208; Warda, Psychiatrische Monatsschrift, II, 257; Meyer und Wickel, Berliner klin. Wochenschr. 1900, 48; Ziehen, Therap. Monatsschr. 1898, August; Séglas et Heitz, Archives de neurologie,

Opium und Brom in solchen Fällen empfohlen hat, in denen die einfache Brombehandlung keinen Nutzen zeigt. Màn soll zunächst 6 Wochen lang Opium in steigender Gabe bis zu 1 g täglich verabreichen, dann plötzlich dieses Mittel durch 8 g Bromsalz täglich ersetzen. Durch Darmausspülungen und diätetische Maßregeln, namentlich aber durch strenge Bettbehandlung, soll die Kur unterstützt werden; die Kranken müssen unter genauester ärztlicher Aufsicht bleiben. Die bisherigen Berichte über diese Behandlung gehen ziemlich weit auseinander. Wie es scheint, können sich recht ernste Erscheinungen einstellen. Während der Opiumbehandlung sinkt das Körpergewicht bedeutend; die Kranken können nicht warm werden, verlieren die Eßlust; mehrfach traten Delirien, Status epilepticus und selbst tötliche Kollapse auf. Andererseits wurden einzelne Kranke erheblich gebessert, bei denen andere Behandlungen ohne Erfolg gewesen waren. Schirbach sah von 14 Fällen 10 günstig beeinflußt, Seige nur 4,5%. Kellner, der die Behandlung mit kühlen Bädern (17° C—6′ lang) verbindet, berichtet, daß er unter 80 Fällen 22mal Ausbleiben der Anfälle, 36mal Besserung sah; 16mal mußte die Kur abgebrochen werden, und 6mal blieb sie erfolglos.

Ein eigenartiges Verfahren, um die Wirkung der Bromsalze zu steigern, haben 1899 Toulouse[1]) und Richet vorgeschlagen („metatrophisches Verfahren"). Indem sie von der Ansicht ausgingen, daß die durchschnittliche Aufnahme von Kochsalz weit über das Bedürfnis hinausgehe und die Wirksamkeit des Broms beeinträchtige, erstrebten sie eine „Hypochloruration" des Körpers durch Verabreichung einer möglichst salzarmen Kost. Die Bromgabe konnte nunmehr auf 2—3 g täglich herabgesetzt werden. Dennoch ergab sich eine Besserung der Krämpfe um 92%, der Schwindelanfälle um 70%. Balínt hat dann den Kranken geradezu Brot verabreicht, in welchem das Kochsalz durch Brom ersetzt war (Bromopan mit

---

1900, August; Lorenz, Wiener Klin. Wochenschr. 1899, 2; Seige, Monatsschr. f. Psychiatrie, XXII, 84; Schirbach, Archiv f. Psychiatrie, XLI, 684; Kellner, Münchener Med. Wochenschr. 1906, 53.

[1]) Toulouse, Revue de psychiatrie 1900, Janvier; Gazette des hôpitaux, 1900, 10; Balínt, Berliner Klin. Wochenschr. 1901, 23; Helmstädt, Psychiatrische Wochenschr. 1901, 3; Schnitzer, Neurolog. Centralbl., XXI, 803; Lundborg, Archiv f. Psychiatrie, XLIV, 452; Jödicke, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., V, 319.

1 g Brom auf 100 g Brot); Schnitzer hat einen „Spasmositzwieback“ erfunden, der 0,2 g Bromnatrium enthält. Das Verfahren ist sehr vielfach und mit sehr verschiedenem Erfolge nachgeprüft worden. Meist ist es schwierig, es längere Zeit fortzusetzen, da die Kranken gegen die ungesalzenen Speisen bald starken Widerwillen zeigen. Kinberg sah unter 30, über ein Jahr behandelten Fällen 22mal eine entschiedene Verminderung der Anfälle, Gordon unter 25 Fällen 20mal, Schnitzer unter 16 Fällen 12mal. Dorner berichtet über 95,3% mehr oder weniger wesentliche Besserungen, Dingel über 89%, Balínt über 100%; auch Madsen, Capellati, Muskens, Gluszewsky äußern sich im ganzen günstig, während Féré, Halmi und Kalmar von dem Verfahren abraten. Am besten beeinflußt werden sollen Kranke mit häufigen Krampfanfällen. Lundborg, der sehr eingehende Versuche an 35 Kranken durchführte, sah 6 Besserungen, während das Ergebnis in 20 Fällen ein ungünstiges war; außerdem erlebte er 7 Todesfälle. Das Körpergewicht stieg in 12, sank in 6 Fällen. Bedenklich erschien namentlich die Abnahme der Widerstandskraft gegen Infektionen, ferner das Auftreten von Benommenheit und Gereiztheit, die von Lundborg auf Bromvergiftung unter den dafür besonders günstigen Bedingungen zurückgeführt werden. Kinberg und Muskens berichten über ähnliche Erscheinungen; letzterer führt als Warnungszeichen Schwindel, Gedächtnisschwäche, Unsicherheit auf den Beinen, Verstopfung, Ödeme an.

Jödicke reichte 10 Kranken, die seit längerer Zeit kein Brom mehr erhalten hatten, 4 Wochen lang chlorarme Nahrung, dann 10 Tage gewöhnliche Kost und endlich 4 Wochen lang reichlich Kochsalz (20, dann 30 g täglich außer dem in den Speisen enthaltenen Chlornatrium). Auch hier zeigte sich, daß die Entziehung des Chlors schwere Störungen herbeiführte, Abnahme des Körpergewichtes, Zittern, Benommenheit, Reizbarkeit, Stupor, einmal delirante Erscheinungen, während die Zahl der Anfälle größer blieb, als früher bei der Brombehandlung. Die Chlorzufuhr brachte rasche Besserung; das Körpergewicht stieg; die Anfälle nahmen ab. Offenbar ist demnach die planmäßige, lange fortgeführte Ersetzung des Chlors durch Brom nicht ohne erhebliche Gefahren; sie darf also nur unter sorgfältigster ärztlicher Überwachung vorgenommen werden. Bei Herzkranken ist die Kur ent-

schieden zu widerraten. Zweckmäßig wird man auch bei der Entziehung wie bei der Wiedereinführung des Chlors allmählich vorgehen und sich unter Umständen auf eine mäßige Verminderung der Chlorzufuhr beschränken, die dann allerdings nicht sehr wirksam zu sein scheint. Hoppe weist darauf hin, daß die teilweise Ersetzung des Chlors durch Brom im Serum, die sonst Wochen in Anspruch nimmt, bei salzarmer Kost schon binnen wenigen Tagen bis auf $^1/_4$—$^1/_3$ fortschreitet, womit dann die Bromwirkung beginnt. Er empfiehlt die salzarme Kost nur als Einleitung einer Brombehandlung.

Als allgemeine Regel für die arzneiliche und diätetische Behandlung darf zum Schlusse wohl der Satz ausgesprochen werden, daß, wenn irgendwo, so hier die Besonderheiten des einzelnen Falles berücksichtigt werden müssen. Da uns ein tieferer Einblick in das Wesen der Epilepsie noch versagt ist, und wir namentlich auch nicht die Gründe für die Verschiedenartigkeit der Zustandsbilder kennen, sind wir in der Hauptsache zunächst noch auf ein gewisses Probieren angewiesen. Man wird immer gut tun, die Kranken und ihre Angehörigen von vornherein auf die Langwierigkeit jeder Behandlung hinzuweisen und dann nacheinander Monate hindurch tastende Versuche mit dem einen oder anderen Verfahren unter genauer Überwachung des Kranken zu machen, um so allmählich darüber ins klare zu kommen, bei welcher Behandlung sich der Zustand am günstigsten gestaltet. Auf diese Weise wird man nach einiger Zeit einmal die für den gegebenen Fall zweckmäßigste Ernährungsweise, andererseits diejenige Arznei oder diejenige Verbindung von Heilmitteln feststellen können, die am meisten Aussichten auf Erfolg verspricht. Ist das erreicht, so wird es richtig sein, das einmal erprobte Verfahren möglichst lange Zeit hindurch fortzusetzen, wenn nicht besondere Zwischenfälle eine Änderung ratsam erscheinen lassen.

Von nicht arneilichen Behandlungsverfahren sind im allgemeinen erhebliche Wirkungen kaum zu erwarten. Es ist selbstverständlich, daß ein Epileptiker genötigt werden muß, ein ruhiges, regelmäßiges Leben ohne besondere Aufregungen und ohne Ausschweifungen zu führen, am besten auf dem Lande. Unter Umständen kann auch länger fortgesetzte Bettruhe einen günstigen Einfluß auf die Häufigkeit und Schwere der Krankheitserscheinungen ausüben; Sioli hat

damit namentlich auch die Neigung zum Fortlaufen erfolgreich bekämpft. Hilger sah in 2 von 7 Fällen günstigen Erfolg von der Behandlung mit hypnotischem Dauerschlaf; es ist aber wohl wenig wahrscheinlich, daß eine genuine Epilepsie auf diese Weise wesentlich beeinflußt werden kann. Einfache, regelmäßige Beschäftigung ist sehr zu empfehlen; eine milde Wasserbehandlung, kühle Bäder und Halbbäder sowie zeitweise Anwendung der Kälte auf den Kopf kann zweckmäßig damit verbunden werden.

Schon von den ersten Anfängen ihres Leidens an bedürfen die Epileptiker ständiger Aufsicht und Pflege[1]). Sie werden, wenn die Anfälle irgend schwerer und häufiger sind, nicht mit gesunden Kindern zusammen, sondern in besonderen Klassen unterrichtet werden müssen. Weygandt gibt ihre Zahl in den Hilfsklassen auf 1,35% an. Bei der Berufswahl, falls eine solche nach dem ganzen Zustande der Kranken in Frage kommt, ist natürlich darauf Rücksicht zu nehmen, daß alle Beschäftigungen, die den Kranken beim Eintritte eines Anfalles in Gefahr bringen können, ausgeschlossen sind; Epileptiker können weder Bau- noch Feuerarbeiter, weder Kraftwagenlenker noch Eisenbahnbedienstete werden. Am meisten eignen sich für sie die Berufe eines Gärtners oder Landarbeiters, ferner die Beschäftigung mit einfachen Handfertigkeiten, Strohflechten, Buchbinderei u. dgl. Bei höherer geistiger Leistungsfähigkeit kommt Schreiben, Zeichnen, Rechnungführen usf. in Betracht, zumal sich viele Kranke durch peinliche Zuverlässigkeit ihrer Arbeit auszeichnen. Diejenigen Kranken, die nicht selbständig oder in der Familie leben können, werden am besten in ländlichen Kolonien, wie die Craig colony (New-York) und eine Reihe unserer deutschen Epileptikeranstalten[2]), oder in besonderen Abteilungen der ländlichen Irrenanstalten untergebracht, wo sie mit Garten- und Feldarbeit wie mit einfachem Handwerk angemessen beschäftigt werden. In den für sie bestimmten Abteilungen muß nach Möglichkeit alles vermieden werden, was zu Selbstmordversuchen, Gewalttaten oder Unglücksfällen Anlaß geben könnte. Die Bauten sollen keine Treppen haben, die Fenster nicht leicht erreichbar sein. Bewegliche

---

[1]) Wildermuth, Über die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptikern, 3. Aufl. 1903.

[2]) Stakemann, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1903, 684; Hebold, Epilepsia, I, 1909.

Tische und Stühle soll es ebensowenig geben wie tragbare Lampen und Lichter oder freie Heizkörper und Öfen. Mauerkanten sollen gepolstert, die Ecken der Möbel abgerundet sein; die Betten müssen niedrig sein und gepolsterte Seitenwände haben. Beim Baden und Essen sind die Kranken wegen der Gefahr des Ertrinkens oder Erstickens sorgfältig zu überwachen. Kranke, die jedesmal in der gleichen Weise hinstürzen, kann man durch Kopfkappen oder ähnliche, dem Einzelfalle angepaßte Polsterverbände vor den sich sonst immer wiederholenden Verletzungen und Verrenkungen zu schützen suchen.

Eine überaus wichtige Aufgabe ist endlich die Bekämpfung des Status epilepticus[1]), die ein sehr tatkräftiges ärztliches Eingreifen verlangt. Sobald sich die Anfälle in gefahrdrohender Weise häufen, namentlich wenn zwischen ihnen keine Rückkehr des Bewußtseins eintritt, ist zunächst der Darm durch Eingießung oder Kalomelgaben zu entleeren. Sodann muß der Versuch gemacht werden, durch Betäubung die Wiederkehr der Anfälle zu verhüten. Am besten bewährt hat sich zu diesem Zwecke die Anwendung des Amylenhydrats, das in Gaben von 5—6 g, die nach Umständen wiederholt werden können, im Darmeinlauf gegeben wird. Wildermuth sah bei diesem Verfahren die Zahl der Todesfälle von 58 auf 33% herabgehen. Naab empfiehlt häufig wiederholte intramuskuläre Einspritzungen von je 0,8 g Amylenhydrat, die versucht werden können, wenn die Einverleibung durch den Darm mißlingt. Auch das Dormiol, das Proponal und das Chloralhydrat sind zu gleichen Zwecken empfohlen worden; von letzterem möchte ich wegen seiner Gefahren für die Herztätigkeit abraten. v. Wyss und Ulrich empfehlen hohe Bromgaben (—30 g) in 20—30°iger Lösung als Klysma oder in 5%iger Lösung intravenös. Bei sehr häufiger Wiederkehr schwerer Anfälle mag man eine Zeit lang auch die Äthernarkose versuchen, bis die anderen Mittel zu wirken beginnen. Die Herztätigkeit wird man zweckmäßig durch Digalen, Strophantus und Koffein nach Möglichkeit auf der Höhe zu halten suchen. Dorner verordnet wegen der narkotisierenden, herzerregenden, darmregelnden Wirkung das Atropin (—0,006 mehrmals täglich). Bei schwacher oder behinderter Atmung ist die künstliche Sauer-

[1]) Naab, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVII, 495; Landerer, Psychiatrische Wochenschr. II, 311; Alt, Münchener Mediz. Wochenschr., 1905, 585.

stoffzufuhr am Platze. Um die vermutlich im Blute kreisenden Giftstoffe zu verdünnen, ist bei einigermaßen kräftigen Kranken ein Aderlaß mit folgender Kochsalzinfusion anzuraten; Jödike bevorzugt die Einverleibung von Ringerscher Lösung. Endlich kann man durch laue Bäder mit kühlen Übergießungen die Hauttätigkeit wie die Atmung anzuregen versuchen. Redlich und Castin empfehlen, die Lumbalpunktion vorzunehmen, unter Umständen wiederholt. Neu hält bei Eintritt eines Status epilepticus die Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft für notwendig; Sachs hat dagegen Bedenken, rät aber zu schleunigster Beendigung einer etwa schon im Gange befindlichen Geburt.

XI. Das manisch-depressive Irresein.*)

Das manisch-depressive Irresein, wie es in diesem Abschnitte geschildert werden soll, umfaßt einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und zirkulären Irreseins, andererseits die einfache Manie, den größten Teil der als „Melancholie“ bezeichneten Krankheitsbilder und auch eine nicht unerhebliche Anzahl von Amentiafällen. Endlich rechnen wir hierher gewisse leichte und leichteste, teils periodische, teils dauernde krankhafte Stimmungsfärbungen, die einerseits als Vorstufe schwererer Störungen anzusehen sind, andererseits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagungen übergehen. Im Laufe der Jahre habe ich mich mehr und mehr davon überzeugt, daß alle die genannten Bilder nur Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges darstellen. Möglich ist es freilich, daß sich späterhin eine Reihe von Unterformen bilden oder auch einzelne kleine Gruppen wieder ganz abspalten lassen werden; wenn das aber geschieht, so werden dabei nach meiner Ansicht ganz gewiß nicht diejenigen Zeichen maßgebend sein dürfen, die man bis dahin in den Vordergrund zu stellen pflegte.

Was mich zu dieser Stellung in der Frage veranlaßt, ist zunächst die Erfahrung, daß in allen angeführten Krankheitsbildern trotz vielfacher äußerlicher Verschiedenheiten doch ge-

[1]) Kirn, Die periodischen Psychosen. 1878; Mendel, Die Manie, eine Monographie. 1881; Pick, Circuläres Irresein, Eulenburgs Realenzyklopädie; Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. 1897; Hecker, Zeitschr. f. praktische Ärzte, 1898, 1; Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. 1901; Thalbitzer, Den manio-depressive Psykose, Stemmingssindsygdom. 1902; Seiffer, Deutsche Klinik. 1904; Deny et Camus, La psychose maniaque-depressive. 1907; Antheaume, les psychoses périodiques. 1907; Binet et Simon, L'Année psychologique, XVI, 164; Pierre-Kahn, La cyclothymie. 1909; Rémond et Voivenel, Annales médico-psychol., 1910, 2, 353; Thomsen, Medizinische Klinik, 1910, 45 und 46; Stransky, Das manisch-depressive Irresein, 1911 (Aschaffenburgs Handbuch); Homburger, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Refer. II, 9/10 (Literatur).

wisse gemeinsame Grundzüge wiederkehren. Neben wechselnden, bald vorübergehend auftauchenden, bald gänzlich fehlenden Krankheitszeichen begegnet uns ein ganz bestimmter, enger Kreis von Störungen, allerdings in sehr mannigfaltiger Ausprägung und Zusammensetzung, bei allen Formen des manisch-depressiven Irreseins. Ohne im einzelnen für das Leiden unbedingt kennzeichnend zu sein, drücken sie doch in ihrer Vereinigung allen den vielgestaltigen klinischen Bildern einen einheitlichen Stempel auf. Ist man mit ihm vertraut geworden, so wird man in der großen Mehrzahl der Fälle imstande sein, eben aus der Eigenart des Zustandsbildes seine Zugehörigkeit zu dem großen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins zu erschließen und damit eine Reihe von Anhaltspunkten für die besondere klinische und prognostische Bedeutung des Falles zu gewinnen. Auch ein kleines Bruchstück des Krankheitsverlaufes vermag uns gewöhnlich schon diese Erkenntnis zu vermitteln, ähnlich wie uns die allgemeine psychische Veränderung bei der Paralyse oder der Dementia praecox oft genug die Erkennung des Grundleidens in seinen verschiedenartigsten Gestaltungen ermöglicht.

Von vielleicht noch größerer Bedeutung, als der Aufbau der Zustandsbilder aus bestimmten Grundstörungen, ist die Erfahrung, daß alle hier zu einer klinischen Einheit zusammengefaßten Krankheitsformen nicht nur ohne erkennbare Grenzen ineinander übergehen, sondern daß sie auch in einem und demselben Krankheitsfalle einander vertreten und ablösen können. Auf der einen Seite ist es, wie später noch genauer erörtert werden soll, grundsätzlich wie praktisch gänzlich unmöglich, einfache, periodische und zirkuläre Verlaufsarten irgendwie zuverlässig auseinanderzuhalten; überall gibt es fließende Übergänge. Andererseits aber sehen wir bei dem gleichen Kranken nicht nur Manie und Melancholie, sondern auch Zustände tiefster Verworrenheit und Ratlosigkeit, ausgeprägte Wahnbildungen und endlich leichteste Stimmungsschwankungen miteinander wechseln. Ferner bilden dauernde, einseitige Stimmungsfärbungen ganz gewöhnlich den Hintergrund, auf dem sich voll entwickelte, umgrenzte Krankheitsanfälle des manisch-depressiven Irreseins herausbilden.

Ein weiteres gemeinsames Band, das alle die hier zusammengefaßten Krankheitsformen umschlingt und ihre Zerlegung prak-

tisch nahezu bedeutungslos erscheinen läßt, ist ihre einheitliche Prognose. Zwar gibt es leichte und schwere, kurz oder lange dauernde Anfälle, aber sie wechseln regellos im gleichen Erkrankungsfalle; dieser Unterschied ist somit für die Abgrenzung verschiedener Krankheiten nicht verwertbar. Weit eher schon könnte man an eine Gruppierung nach der Häufigkeit der Anfälle denken, die natürlich dem Arzte äußerst willkommen sein würde. Es scheint jedoch, daß wir es auch hier nicht mit grundsätzlichen Unterschieden zu tun haben, da sich trotz gewisser allgemeiner Regeln eine Ausscheidung bestimmter Formen unter dem genannten Gesichtspunkte nicht hat durchführen lassen. Dagegen springt die allgemeine Erfahrung in die Augen, daß die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins in der hier versuchten Umgrenzung niemals zu tiefer Verblödung führen, selbst dann nicht, wenn sie das ganze Leben fast ohne Unterbrechung ausfüllen. Gewöhnlich pflegen sogar alle Krankheitserscheinungen völlig zu schwinden; wo das aber ausnahmsweise einmal nicht der Fall ist, kommt doch nur ein leichterer, eigenartiger seelischer Schwächezustand zur Entwicklung, der den hier zusammengefaßten Formen ebenso gemeinsam ist, wie er sich von Verblödungen bei andersartigen Erkrankungen unterscheidet.

Als eine letzte Stütze der hier vertretenen Anschauung von der Einheitlichkeit des manisch-depressiven Irreseins kann der Umstand angeführt werden, daß sich die verschiedenen Formen, die es umfaßt, auch in der Vererbung anscheinend gegenseitig vertreten können. Bei den Mitgliedern derselben Familie finden wir häufig genug nebeneinander ausgesprochene periodische oder zirkuläre Erkrankungen, gelegentliche, einmalige Verstimmungs- oder Verwirrtheitszustände, endlich leichteste, regelmäßige Stimmungsschwankungen oder dauernde auffällige Färbung der Gemütsart. Unter welchem Gesichtspunkte man demnach auch die manisch-depressiven Erkrankungsformen betrachten möge, von demjenigen der Ursachenlehre oder der klinischen Erscheinungen, der Verlaufsart oder des Ausganges — überall zeigt es sich, daß hier Übereinstimmungen bestehen, die eine einheitliche Zusammenfassung unseres Gebietes und seine gemeinsame Abgrenzung von allen anderen, bisher besprochenen Krankheitsformen nahelegen. Die weitere Erfahrung muß lehren, ob und nach welchen Richtlinien sich in dem weiten Gebiete kleinere Untergruppen werden voneinander scheiden lassen.

Vorläufig tritt uns als nächstliegender Einteilungsgrund die Verschiedenheit der Zustandsbilder entgegen, aus denen sich das Leiden zusammenzusetzen pflegt. In der Regel verläuft die Krankheit in einzelnen, mehr oder weniger scharf voneinander oder von der Gesundheit sich abhebenden Anfällen, die entweder einander gleichen oder verschieden sind, sehr häufig sogar geradezu vollkommene Gegensätze darstellen. Wir unterscheiden demnach vor allem manische Zustände mit den wesentlichen Krankheitszeichen der Ideenflucht, der gehobenen Stimmung und des Betätigungsdranges, und melancholische oder depressive Zustände mit trauriger oder ängstlicher Verstimmung sowie Erschwerung des Denkens und Handelns. Diese beiden gegensätzlichen Gestaltungen des klinischen Bildes haben der Krankheit den Namen gegeben. Daneben aber beobachten wir noch klinische „Mischformen", in denen sich Erscheinungen der Manie und der Melancholie miteinander verknüpfen, so daß Bilder entstehen, die sich zwar aus den gleichen Krankheitszeichen zusammensetzen wie jene ersteren, aber weder der einen noch der anderen zwanglos eingeordnet werden können.

Bevor wir jedoch an die Schilderung der mannigfaltigen, den klinischen Gesamtverlauf zusammensetzenden Zustände gehen, wird es zweckmäßig sein, einen allgemeinen Überblick über die dem manisch-depressiven Irresein eigentümlichen psychischen Einzelstörungen zu gewinnen.

Die Auffassung äußerer Eindrücke ist in der Manie regelmäßig beeinträchtigt, bisweilen sogar sehr erheblich; nur bei ganz leichten Formen des Leidens finden wir Werte, die etwa niederen Leistungen Gesunder entsprechen, aber doch entschieden hinter dem Durchschnitt zurückbleiben. Paton erhielt bei Sensibilitätsprüfungen manischer Kranker auffallend schlechte Angaben. Wolfskehl, der die tachistoskopische Wahrnehmung von Buchstabenreihen untersuchte, fand, daß die Kranken etwa durchschnittlich um $^1/_4$ weniger richtige Angaben lieferten, als die gesunden Vergleichspersonen. Bemerkenswert war dabei die verhältnismäßig große Zahl der begangenen Fehler, die allerdings nicht im entferntesten so hoch war wie bei der Dementia praecox, aber doch die Falschlesungen Gesunder um $^3/_4$ überstieg. Eine Darstellung dieses Verhältnisses gibt der erste Stab der Figur 209, in der die richtigen und falschen Angaben Gesunder und manischer Kranker vergleichsweise dar-

gestellt sind. Die Kranken fassen anscheinend flüchtig und ungenau auf; andererseits aber sprechen einzelne Erfahrungen dafür, daß ihr Rededrang sie leicht dazu verführt, auch da Angaben zu machen, wo sie eigentlich nichts gesehen haben. Öfters steht die Stärke der Auffassungsstörung in merkwürdigem Gegensatze zu der Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen.

Eine wesentliche Rolle spielt bei der Mangelhaftigkeit der Auffassung gewiß die außerordentliche Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit. Den Kranken geht die Fähigkeit zur Auswahl und Ordnung der Eindrücke mehr und mehr verloren; jeder auf-

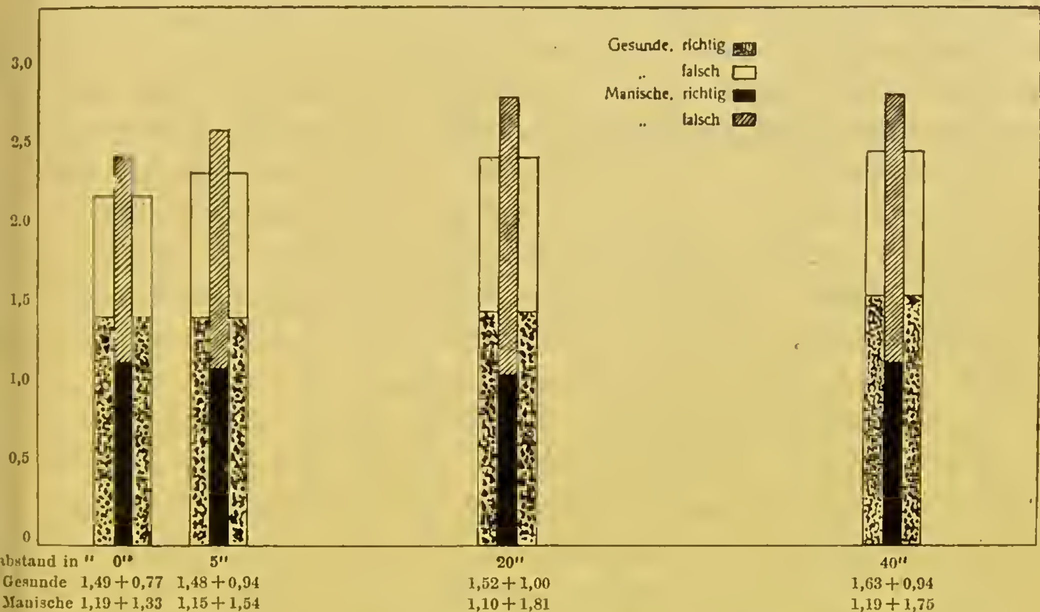


Fig. 209. Zahl der tachistoskopisch aufgefaßten und gemerkten Buchstaben bei Gesunden und Manischen.

fallende Sinnesreiz drängt sich ihnen mit einer gewissen Gewalt auf, so daß sie sich ihm sofort zuzuwenden pflegen. Wenn man daher auch meist imstande ist, ihre Aufmerksamkeit durch Vorzeigen von Gegenständen, Zurufen von Worten rasch anzuziehen, so schweift sie doch ungemein leicht wieder auf irgendeinen neuen Reiz ab. Das Bild der Umgebung und der Ereignisse bleibt darum für den Kranken unzusammenhängender und lückenhafter, als es durch die Beeinträchtigung des Wahrnehmungsvorganges an sich bedingt sein würde.

In den Depressionszuständen scheint die Auffassung vielfach weniger stark gestört zu sein; besonders fehlt im allgemeinen die

Neigung zu falschen Lesungen. Franz und Hamilton fanden bei gehemmten Kranken die Schwellenwerte für Berührungs-, Druck- und Schmerzreize erhöht. Ferner findet sich nach den oft sehr kennzeichnenden Äußerungen der Kranken augenscheinlich in schwereren Fällen regelmäßig eine Verlangsamung und Erschwerung des Erkennens, die auf dem mangelnden Widerhall der äußeren Eindrücke im Bewußtsein beruht. Beim Auffassungsvorgange tauchen nicht rasch und zahlreich jene Erinnerungsbilder auf, die uns sofort die Anknüpfung des Wahrgenommenen an frühere Erfahrungen, die glatte Eingliederung in geläufige Vorstellungskreise ermöglichen. Die Kranken werden dadurch mehr oder weniger unfähig, ihre Erlebnisse geistig zu verarbeiten, zu begreifen; sie erklären oft, daß sie trotz aller Anstrengung den Sinn des Gelesenen nicht zu verstehen, einer Auseinandersetzung nicht zu folgen imstande seien. „Wie ein Nebel legt es sich über alles", klagte ein Kranker, und ein anderer meinte, er sei „nicht mehr so auffassungsvermögend" wie früher. Bei den schwersten Graden der Störung, in Stuporzuständen, können die Kranken der Außenwelt ganz verständnislos gegenüberstehen, auch wenn die einzelne sinnliche Wahrnehmung selbst noch leidlich gut vonstatten geht.

Dazu kommt, daß in der Regel auch die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit deutliche Störungen erleidet. Die Kranken sind nicht imstande, ihre Aufmerksamkeit leicht und rasch beliebigen Eindrücken oder Vorstellungen zuzuwenden, vermögen weder aufzupassen noch sich den in ihnen auftauchenden oder von außen in ihnen angeregten Vorstellungen aus eigener Macht zu entziehen. Allerdings zeigt diese Gebundenheit der Aufmerksamkeit die weitesten Abstufungen.

Das Bewußtsein der Kranken ist bei den schwereren Formen des Leidens regelmäßig etwas getrübt. Auf der Höhe der Erregung werden die Eindrücke und Vorstellungen unklar und verschwommen. Infolgedessen leidet die Klarheit der Orientierung; die Kranken wissen nicht recht, wo sie sich befinden. Alles ist verzaubert, „nicht das richtige"; sie sind im „Freimaurerhause", im „Auferstehungshause", unter der Erde, im Fegefeuer, im Himmel, „ganz von der Welt weg". Sie verkennen die Personen, halten die Pflegerinnen für Geister, den Arzt für den Teufel, eine Bettnachbarin für die Mutter Gottes, eine frühere Geliebte des Mannes, für den Mann

selbst, begrüßen Ärzte und Mitkranke mit dem Namen von Angehörigen oder Bekannten. Diese Verkennungen knüpfen bisweilen an entfernte Ähnlichkeiten an; in anderen Fällen erscheinen sie mehr als ein scherzhaftes Spiel, in dem der Kranke sich gefällt, halb und halb der Willkürlichkeit seiner Bezeichnung sich bewußt. Das tritt namentlich bei Abnahme der Erregung hervor, wenn die falschen Bezeichnungen noch festgehalten werden, während aus dem sonstigen Benehmen und gelegentlichen Äußerungen des Kranken hervorgeht, daß er über Aufenthaltsort und Personen seiner Umgebung durchaus im klaren ist. Auch in den Depressionszuständen begegnen wir mehr oder weniger tiefen Bewußtseinstrübungen bis zum ausgebildeten Dämmerzustande. Hie und da entwickelt sich eine eigentümlich traumhafte Benommenheit, in welcher der Kranke die abenteuerlichsten, verworrensten deliriösen Schicksale durchlebt.

Das Gedächtnis wird durch die Krankheit nicht dauernd beeinträchtigt; wohl aber verlieren die Kranken häufig zeitweise die Herrschaft über ihren Vorstellungsschatz. Namentlich in den Depressionszuständen sind sie vielfach unbesinnlich, vermögen sich bisweilen die einfachsten Erinnerungen und Kenntnisse nicht ins Bewußtsein zu rufen. Sie müssen lange nachdenken, bis sie eine Zahlenangabe machen, ein Erlebnis erzählen können, wissen bisweilen ihr Geburtsjahr, die Namen ihrer Kinder nicht zu nennen, verwickeln sich in grobe Widersprüche, die dann allerdings oft nach ganz kurzer Zeit wieder berichtigt werden.

Die Merkfähigkeit ist bei manischen Kranken nach Wolfskehls Untersuchungen in ähnlicher Weise gestört wie die Auffassungsfähigkeit. Ein Bild davon gibt Figur 209, in der sich die Merkwerte für Buchstaben bei Gesunden und Kranken nach einer Zwischenzeit von 5, 20 und 40 Sekunden dargestellt finden. Man erkennt, daß die Zahl der richtigen Angaben bei Kranken regelmäßig geringer, diejenige der Fehler dagegen erheblich größer ist, als bei den Gesunden, namentlich nach den längeren Zwischenzeiten. Offenbar kommen hier Fehlervorgänge zur Entwicklung, die eine Verfälschung der Erinnerungsbilder bedingen. Wie die Untersuchung der Fehler lehrt, spielt das Abschweifen auf sprachliche Anknüpfungen dabei eine gewisse Rolle. Nicht unwichtig ist vielleicht auch die Tatsache, daß die Durchschnittswerte der mani-

schen Kranken bei kürzeren Merkzeiten weit deutlicher, als die der Gesunden, eine Abnahme der richtigen Werte (von 1,19—1,10) zeigen ein Verhalten, das bei einzelnen Kranken noch viel stärker hervortritt. Gewisse Erfahrungen sprechen dafür, daß wir darin ein Zeichen stärkerer Aufmerksamkeitsschwankungen zu erblicken haben.

Entsprechend den Ergebnissen des Versuches begegnen wir bei den Kranken, besonders den manischen, nicht selten deutlichen Erinnerungsfälschungen. Bisweilen zeigen sie in ausgesprochener Weise die Neigung zu wahnhaftem Fabulieren, zur Ausmalung abenteuerlicher Erlebnisse aus der Vergangenheit, die von ihnen mehr oder weniger ernsthaft geglaubt werden. Die Erinnerung an die Krankheitszeit selbst ist meist eine etwas verschwommene, besonders nach schwerer manischer Erregung oder nach Dämmerzuständen. Erlebnisse aus der Krankheit werden öfters dauernd in gutem Glauben wesentlich anders dargestellt, als sie sich in Wirklichkeit zugetragen haben, ein Umstand, der die Kranken dann auch nach der Genesung nicht die richtige Stellung zu ihrem eigenen Verhalten und demjenigen ihrer Umgebung finden läßt.

Vielfach und in den verschiedensten Zuständen beobachtet man einzelne Sinnestäuschungen, wenn sie auch nicht gerade häufig stärker in den Vordergrund treten. Meist handelt es sich um illusionäre Vorgänge, wie sie durch die Unvollkommenheit und Flüchtigkeit der Wahrnehmungen, namentlich aber durch die der Krankheit eigenen lebhaften Gemütsbewegungen begünstigt werden. Der Inhalt der Täuschungen steht daher auch regelmäßig in nahen Beziehungen zu den Gedankengängen und Stimmungen der Kranken. Ihnen erscheint die Umgebung verändert; die Gesichter sind doppelt, dunkel, das eigene Antlitz im Spiegel schwarz; sie sehen Lichtschein, weißen Dunst, „Opium-Morphium-Chloroformnebel“, Flimmern, den Schatten eines Mannes am Fenster, eine Gestalt in der Ecke. Die Menschen verwandeln sich, sehen aus wie „Scheingestalten“; die Kinder erscheinen verwechselt; der Arzt ist „nur so ein Gebilde“ oder der Teufel. Die Stühle bewegen sich; die Bilder winken mit den Augen; ein braunes Stück Papier verwandelt sich in den Totenkopf einer Prinzessin. Der Kranke hört ein Gemurmel und Wispern, Sausen, das Knistern der Hölle; er hört jemanden die Stiege heraufkommen, auf dem Speicher gehen, „den Teufel in

den Wänden spuken", den Tod in der Mauer mit den Zähnen knirschen, Geräusche, „wie wenn eine Leiche aus dem Fenster geworfen würde", Rumoren im Kamin, wie wenn ein Mann einsteigen wollte. Im Kopf surrt es; es klingt wie Glockenläuten und Meeresrauschen, wie Hilferufe, Schießen, Röcheln und Stöhnen, Schreien und Plärren, Weinen, Bitten und Wehklagen, Poltern und Fluchen. „In allen Geräuschen liegt etwas," meinte sehr bezeichnend ein Kranker. Geister summen umeinander; andere brummen etwas, was sich auf den Kranken bezieht. Bisweilen knüpfen sich die Trugwahrnehmungen an bestimmte Eindrücke an. Die Vögel rufen den Namen des Kranken, pfeifen: „Emilie komm!"; die Uhr spricht: „Du Hund, bist noch da, hast deinen Vater ins Irrenhaus gebracht, bist der Teufel, eine Sau"; das rhythmische Gefäßgeräusch im Ohre wird zu dem Vorwurfe „schlecht, schlecht" oder „Hur', Hur'", der dann dem Teufel zugeschrieben wird.

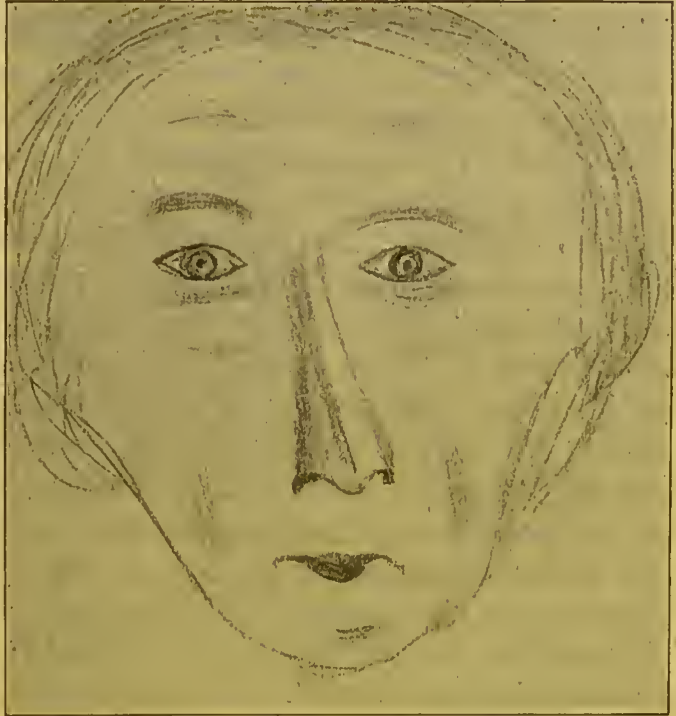


Fig. 210. Halluzinierte Fratze.

Neben diesen, ihre Beeinflussung durch Gemütsbewegungen deutlich verratenden, illusionären Trugwahrnehmungen treten jedoch oft genug auch wirkliche Halluzinationen auf. Nachts kommen vermummte Gestalten ins Zimmer; dem Kranken erscheint ein offenes Grab, die verstorbene Frau, der Apostel Paulus mit guten Engeln, der Heiland am Kreuz, die Mutter Gottes, Jesus mit Rosen, das Auge Gottes, der Teufel. Er sieht Leichen, Totengerippe, „traurige Geister", Untiere, die abgeschnittenen Köpfe seiner Kinder an der Wand, feurige Ringe, die seine Sünden bedeuten. Auch bei Tage tauchen vor ihm Fratzen,

farbige Figuren, Gesichter auf, wie sie die Figur 210 nach der Zeichnung einer Kranken wiedergibt; sie grinsen ihm aus dem Buche, das er lesen will, vom Bettzeug, von der Wand her entgegen, schauen ins Fenster. Im Essen wimmeln Würmer, kleine abgehauene Köpfe; ein Kranker sah einen Nagel mit einer Schlinge als Aufforderung, sich aufzuhängen.

Durch Wand und Fenster tönen warnende Stimmen, Rufe, das Lachen des Teufels, das Weinen der verstorbenen Mutter, Schreien der Kinder, Engelsgesang. Meist ist der Inhalt der Gehörstäuschungen ein unangenehmer, beängstigender. Man macht dem Kranken alle möglichen Sünden vor, wie wenn er ein Verbrecher wäre, will ihn zum Selbstmorde verleiten. „Tu dir was an!“, „häng dich auf!“, „wenn er sich doch nur einmal aufhängt; sonst müssen wir ihn noch 10 Jahre haben“, „du Pfaffenhund, Preußenhund, Raubmörder“, heißt es, „Wichser“, „Giftmischerin, Wildsau“, „Schwein“, „du Stinktier, Kamel“, „Scheusal“, „Aschenbrödel, Rindvieh“, „schlechtes Weibsbild“, „o, wie sie stinkt!“ „du mußt verrecken“, „du mußt mit“, „tut ihn fort!“ drohen die Stimmen, „du kommst in die Hölle“, „mach’, daß du weiter kommst, gehörst nicht hierher; Gott stirbt nicht“, „jetzt wirst geholt“, „da drüben läuft er; der kommt uns nimmer aus“, „wir treiben sie hinaus und machen die Magd zur Herrin“, „die darf jetzt nicht fort; die wird geschnitten“, „dem tun wir halt was nein; da wird er schon schlafen“. Weit seltener sind es angenehme Dinge, die von den Stimmen verkündet werden. Eine Kranke hörte singen, sie sei die Mutter Gottes; eine andere hörte, daß ihr Sohn Millionen gewonnen habe; ein Kranker vernahm „heilige Dinge von Gott“.

Auch die Gehörstäuschungen treten vielfach nur oder doch am stärksten in der Nacht hervor. Sie scheinen in der Regel keine volle sinnliche Deutlichkeit zu besitzen; es sind Stimmen „wie im Traum“, „aus der Unterwelt“, „Stimmen in der Luft, die von Gott kommen“, seltener Grammophon- oder Telephonstimmen, drahtlose Telegraphie. Verhältnismäßig selten wird ihr Ursprung nach außen verlegt. Das Bett spricht; Gott spricht; die tote Schwester ruft; die Stimme Jesu ertönt; ein weißes Veilchen sagt: „Es ist der Wille Gottes“; der verstorbene Vater erklärt: „Ich bin hinter dir; ich spreche“. Weit häufiger haben die Trugwahrnehmungen ihren Sitz im eigenen Körper. Es spricht im Magen, im linken Ohr;

es sind flüsternde Worte im Innern. Der Teufel spricht aus dem Herzen des Kranken; er flucht in ihm; der Kranke hört ihn „innerlich, nicht mit den Ohren“. „Eine innere Stimme vom Herzen aus sagt Schweinereien über unsern Herrgott“, meinte eine Kranke; eine andere hörte „Stimmen von innen heraus, die jammern“; „es redet im Kopfe mit“ erklärte eine dritte. Die Stimmen stehen meist auch in innigster Beziehung zum sonstigen Bewußtseinsinhalte. Die Kranken erklären, man frage sie aus; ihnen würden die Gedanken nach 2—3 Minuten laut nachgesprochen. Andere führen mit ihren Stimmen förmliche Zwiegespräche; eine Kranke berichtete, sie höre in ihrem Leibe reden und bekomme darauf Antworten, „mehr wie gedacht“; eine andere gab an, die Leute sagten, was sie selbst früher gesagt habe. Hier und da kommen auch befehlende Stimmen vor, meist im Sinne der Selbstvernichtung, wie oben angeführt.

Da die Täuschungen in der Regel nicht die aufdringliche sinnliche Deutlichkeit zu erreichen pflegen, wie etwa beim Alkoholwahnsinn oder bei der Dementia praecox, sind die Kranken bei längeren Sätzen gewöhnlich nicht imstande, den Wortlaut anzugeben, sondern berichten nur den Inhalt. Allerdings schrieb eine Kranke, sie habe gehört, wie ihre Nachbarin sagte: „Das Blut zersetzt sich bei ihr, und alle Nahrung geht ins Fleisch, und dann wird ihr Gesicht aufgetrieben wie bei einem Schwein, und die Augen verschwinden ganz“, worauf eine andere hinzugefügt habe: „Das kann doch nicht von selbst kommen — das muß ja ein furchtbar schlechtes Mädchen gewesen sein — und die vielen jungen Leute, die immer in dem Hause verkehrt haben“. Es ist mir aber nach sonstigen Erfahrungen recht zweifelhaft, ob derartige Äußerungen, die hier die ständigen Selbstquälereien der Kranken wiedergaben, wirklich Wort für Wort gehört werden.

Hinter den Trugwahrnehmungen des Gesichts und Gehörs treten diejenigen anderer Sinne völlig zurück. Es ist ein scharfer Geruch in der Wohnung; die Ausdünstung des Körpers stinkt fürchterlich; die Nahrung schmeckt süßlich oder faulig, wie nach Menschenfleisch oder Abtrittjauche. Das Bett bewegt sich, wird von elektrischen Strömen durchzogen. Sehr reichlich und mannigfaltig pflegen dagegen Mißempfindungen im Körper aufzutreten, die bisweilen das ganze Krankheitsbild beherrschen. Außerordentlich häufig sind Kopfschmerzen, Migräneanfälle, dumpfer Druck, das Gefühl eines

Reifens um die Stirn, eines schweren Helms, einer Bleiplatte. Auch im übrigen Körper machen sich Schmerzen aller Art bemerkbar; Schröder konnte sie in 62% seiner Fälle beobachten. Die Zunge ist empfindlich; der Rücken schmerzt, wie wenn er auseinandergegangen wäre; von der Harnröhre bis zum Kehlkopfe ziehen Schmerzen; im Leibe wütet's und brennt's. Bei einer meiner Kranken begann das Leiden mit so heftigen Kreuzschmerzen, daß man beim Versagen aller anderen Mittel durch Entfernung des Steißbeins Linderung zu verschaffen suchte. Dazu kommen Krabbeln, Zerren, Klopfen im Kopfe, Ziehen in den Beinen, Krachen in den Därmen, Angst und „schändliche Gefühle" im Unterleibe. Ich gebe zur Erläuterung folgendes Bruchstück aus der Selbstschilderung einer Kranken, die sich durch Onanie eine schlechte Krankheit (Syphilis) zugezogen zu haben glaubte:

„Vor 1/2 Jahr wachte die Kranke von zwei heftigen Schlägen im Körper auf; zugleich heftiges Klopfen im Leib, Herz, Rückgrat und Hinterkopf, Zittern an Händen und Füßen, an denen die Adern stark anschwollen. Bleiartige Blässe des Gesichts; Blähungen. Nach einigen Wochen verflachten sich die Adern, und an den Händen und besonders an den Gelenken Stechen wie von 1000 Nadelstichen. Die Haut an den Händen wurde schrumplig und lederartig, besonders im Bad wie zum Abziehen. Beim Stechen und Schneiden kam kaum Blut zum Vorschein, manchmal ein weißlicher Saft. Heftiges Brennen an den Augenlidern, Lippen, Zunge und Gaumen, danach Flecken und Löcher in der Haut, wie mit einem glühenden Griffel gemacht. Rote kleine Fleckchen wie bei alten Leuten. Dann im ganzen Körper ein Sickern, wie wenn der Lebenssaft gerinne, und in den Gelenken wie von glühendem Blei. Weißer Fluß. Unregelmäßige Periode, die lange aussetzte, und als sie wiederkam, war das Blut dünner wie sonst, als hätte das Blut keinen Klebstoff. Erst starker Uringang, dann sehr gering und Stuhlgang nur nach Einlauf. Später starker Urin- und Kotgeruch, und die Füße, die meist kalt und schrumplig, wie abgestorben waren, schweißten zeitweise sehr mit demselben Geruch. Das Pulsieren des Blutes und das starke Klopfen nahm zu, aber besonders beängstigend wirkte schließlich ein Knattern im Kopf, als ob etwas eintrockne; in den Ohren Ticken wie von einer Uhr, so daß das Liegen auf dem Kissen zur Qual wurde. Das Zittern an den Händen und Armen vermehrte sich sehr. Große Abmagerung des Unterkörpers, Einsinken des Brustkastens. Beim Liegen der Körper heiß wie Blei. Abnahme des Augenlichtes. Fleisch welk. Die Haut schält sich in kleinen Flecken ab. Manchmal leichter Brandgeruch an der Haut. Das Blut ist so heiß, als ob es verkoche. Seit einiger Zeit nimmt Pat. zu an Körpergewicht — scheinbar geht aber alles in das Fleisch und nichts in das Blut, denn die Adern verschwinden immer mehr. An den Ellenbogen schmerzt das Fleisch, als wolle es sich vom Knochen lösen. Der Puls am Handgelenk verhärtet sich. An

den Schläfen das Gefühl, als lege sich eine heiße Hand an. Zunehmende Gleichgültigkeit. In der Haut keine Tätigkeit. Beim Schwitzen an den Händen zeigen sich kleine Absonderungen wie Glassplitterchen usf."

Man erkennt hier, daß es sich vielfach um eine einfache Überempfindlichkeit gegenüber den Wahrnehmungen aus dem eigenen Körper, sodann aber auch um wahnhafte Deutung an sich unverfänglicher Empfindungen handelt. Sehr deutlich wird das, wenn die Kranken davon sprechen, daß sie spüren, wie die Nahrung sofort in die Adern geht, die ganze Schleim- und Drüsenhaut aufgefressen ist, daß sich die Nerven lösen, im Blute das Fett und Mark und Eiweiß fehlt, der Körper nach innen arbeitet, weiße Würmer alles im Körper ausziehen und zwischen den einzelnen Häuten herumkriechen.

Diese gesteigerte Empfindlichkeit für die Vorgänge im eigenen Körper steht in lebhaftem Gegensatze zu der Herabsetzung der zentralen Erregbarkeit in den manischen Zuständen. Wir beobachten hier eine ganz auffallende Unempfindlichkeit der Kranken gegen Hitze und Kälte, Hunger und Durst, Schmerzen und Verletzungen. Sie setzen sich stundenlang dem glühendsten Sonnenbrande aus, entkleiden sich bei Wintertemperatur, vergessen Essen und Trinken, reißen schonungslos die Verbände von ihren Wunden und mißhandeln ihre kranken Körperteile oder gebrochenen Glieder, ohne irgendein Zeichen des Unbehagens zu äußern. Auch die durch die Sachlage vollauf berechtigten Befürchtungen für Gesundheit und Leben tauchen bei ihnen nicht auf oder werden ohne weiteres in den Wind geschlagen.

Sehr wichtige und ausgeprägte Störungen bietet regelmäßig der Vorstellungsverlauf unserer Kranken dar. In den Erregungszuständen vermögen sie nicht, einen bestimmten Gedankengang planmäßig zu verfolgen, sondern sie springen immerfort von einer Vorstellungsreihe auf eine ganz andere über, um auch diese sofort wieder fallen zu lassen. Eine beliebige Frage wird zunächst vielleicht ganz richtig beantwortet, aber es knüpfen sich daran eine Menge von Nebenbemerkungen, die nur in sehr lockerem oder bald in gar keinem Zusammenhange mehr mit dem Ausgangspunkte stehen. Infolge dieser fortwährenden Einschiebsel und Zwischenfälle sind die Kranken ganz außerstande, etwa allein irgendein verwickelteres Erlebnis zu erzählen, wenn man sie nicht durch stete

Unterbrechungen und Zwischenfragen immer von neuem auf den angefangenen Weg zurückführt. Der Vorstellungsverlauf wird somit nicht mehr, wie beim Gesunden, durch eine Gesamtvorstellung beherrscht, die zurzeit nur eine bestimmte Richtung der Gedankenverknüpfung zuläßt und alle nebensächlichen und zufälligen Einfälle hemmt. Nicht die von dem ganzen Zusammenhange geforderten, sondern die durch allgemeine Denkgewohnheiten begünstigten Vorstellungen gewinnen daher in jedem Augenblicke die Oberhand. Dadurch kommt es zum Abschweifen von einer Vorstellung auf andere ähnliche oder häufig damit verbundene, ohne Rücksicht auf das Ziel des ursprünglichen Gedankenganges. Der Zusammenhang des Denkens lockert sich mehr und mehr; es entsteht jene Störung, die wir als ideenflüchtige Verwirrtheit kennen gelernt haben.

Der eigenen Wahrnehmung der Kranken macht sich die Ideenflucht oft sehr deutlich bemerkbar. Sie klagen, daß sie sich nicht konzentrieren, ihre Gedanken nicht zusammenfassen können. Die Gedanken kommen von selbst, drängen sich auf, berichten sie; „ich kann die Gedanken nicht alle fassen, die sich drängen", meinte ein Kranker. „Es ist so stürmisch im Kopf", erklärte ein anderer; „alles geht durcheinander". „Die Gedanken sind ganz zerrissen", „ich bin nicht Herr über die Gedanken", „ein Gedanke jagt den andern; sie schwinden nur so hin" — das sind weitere Aussprüche, die uns einen Einblick in diese Vorgänge gewähren.

Auch bei deprimierten Kranken besteht nicht ganz selten Ideenflucht, allerdings, ohne in den spärlichen Reden der wortkargen Kranken recht erkennbar zu sein; manchmal tritt sie in reichlichen schriftlichen Äußerungen deutlich hervor. Die Kranken klagen, daß sie „so viel Gedanken im Kopfe haben", daß sie nicht beten, nicht arbeiten können, weil ihnen andere Gedanken, „Einschübe", dazwischen kommen, daß sie „keine beständigen Gedanken" haben, an alles mögliche denken müssen. Auch ein unvermittelter Wechsel zwischen Ideenflucht und der später zu besprechenden Denkhemmung scheint öfters vorzukommen. „Die Gedanken stehen still", klagte eine Kranke; „dann kommen sie wieder von selber und laufen, wohin sie wollen".

Da die Ideenflucht nur eine Teilerscheinung der erhöhten Ablenkbarkeit darstellt, beobachten wir gewöhnlich, daß ideenflüchtige Kranke, soweit sie überhaupt für äußere Eindrücke zugänglich

sind, durch sie zu einer neuen Wendung ihres Gedankenganges veranlaßt werden können, die sich dann in ihren Reden widerspiegelt. Ein Gegenstand, auf den ihr Blick fällt, eine Aufschrift, ein zufälliges Geräusch, ein Wort, das an ihr Ohr klingt, wird sofort in ihre Reden verflochten und kann eine Reihe ähnlicher, oft auch nur durch sprachliche Gewöhnung verknüpfter oder klangverwandter Vorstellungen hervorrufen. Die Fähigkeit, zu beobachten und aufzufassen, ist dabei keineswegs erhöht. Vielmehr pflegen die Kranken nur sehr flüchtig und ungenau wahrzunehmen und sich um die Vorgänge in der Umgebung nicht sonderlich zu kümmern. Aber wenn sie etwas bemerken, so wird dadurch sofort ihr Gedankengang und in der Regel auch ihr Redefluß beeinflußt; sie fassen ihre Wahrnehmung in Worte und lassen sich von dem dadurch gegebenen Anstoße ziellos weitertreiben.

Sehr wichtige Aufschlüsse über den Gedankengang ideenflüchtiger Kranker haben die Assoziationsversuche geliefert, wie sie hauptsächlich von Aschaffenburg und Isserlin[1]) durchgeführt worden sind. Aschaffenburg konnte zeigen, daß die Assoziationszeiten bei manischen Kranken, entgegen der Vorstellung, die dem Ausdrucke „Ideenflucht“ ursprünglich zugrunde lag, keineswegs beschleunigt, öfters sogar geradezu verlangsamt sind. Dem entspricht die Erfahrung, daß ausgesprochene Ideenflucht nicht ganz selten auch bei ganz langsamem Reden beobachtet wird. Auch Franz kam zu dem gleichen Ergebnisse. Isserlin hat besonders die Dauer der Vorstellungen bei manischen Kranken untersucht. Er fand, daß die Assoziationen bei ihnen eine erhöhte Ablenkbarkeit in der Neigung zum „Weiterschweifen“ erkennen lassen, zum Fortspinnen des angeregten Vorstellungskreises und Abspringen auf andere, eine Erscheinung, die in hohem Maße der Manie eigentümlich ist. Kilian und Gutmann betonen außerdem noch die häufige Wiederholung des Reizwortes. Isserlin konnte ferner mit Hilfe fortlaufender Assoziationen feststellen, daß ein Richtungswechsel des Gedankenganges bei gesunden Personen etwa alle 5—6 Sekunden, bei einer manischen Kranken dagegen schon nach 1,6—1,7 Sekunden stattfand. Die Dauer einer einzelnen Vorstellung im Bewußtsein ließ sich auf Grund von phonographischen Aufschreibungen für die genannte Kranke auf etwa 1 Sekunde berechnen, während sie für

[1]) Isserlin, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XXII, 302.

zwei Gesunde zwischen 1,2—1,4 Sekunden schwankte. Das wesentliche Kennzeichen des manischen Gedankenganges ist somit vor allem die Flüchtigkeit der einzelnen auftauchenden Vorstellungen; sie haften nicht im Bewußtsein, sondern entschwinden sehr rasch wieder, nachdem sie kaum zur Entwicklung gelangt sind. „Meine Gedanken sind so schnell, daß ich sie gar nicht festhalten kann", sagte ein Kranker.

Das genaue Gegenstück zur Ideenflucht scheint die Denkhemmung zu bilden, die wir, bald stärker, bald schwächer ausgeprägt, fast überall in der Depression, ferner in gewissen manisch-stuporösen Mischzuständen und mit ihnen verwandten Formen der manischen Erregung beobachten. Die Kranken zeigen eine oft von ihnen selbst sehr peinlich empfundene Unfähigkeit, über ihre eigenen Vorstellungen nach Bedarf zu verfügen. Wie es scheint, entwickeln sich die einzelnen Vorstellungen langsam und nur auf sehr kräftige Anregungen hin. Infolgedessen weckt ein Eindruck nicht von selbst rasch und leicht eine Menge von Assoziationen, zwischen denen nur die Wahl zu treffen wäre. Die Anknüpfung geschieht daher meist nach dem Inhalte der Vorstellungen, nicht nach äußerlichen, sprachlichen oder klanglichen Beziehungen. Gewöhnlich fällt den Kranken zunächst durchaus nichts ein, und der Gedankengang muß mühsam durch besondere Willensanstrengung fortgesponnen werden. So entsteht eine große Schwerfälligkeit und Verlangsamung des Denkens, Unbesinnlichkeit bei der Beantwortung einfacher Fragen, Verständnislosigkeit, Ideenarmut. Das Denken geht nicht mehr, ich kann mir nichts mehr vorstellen, über nichts mehr nachdenken, es ist leer im Kopfe, klagen die Kranken, die geistigen Fähigkeiten gehen zurück, ich bin wie geistig abgestorben, „ich bin wie im Traum, apathisch, und alles weiß ich nicht." Bisweilen verbindet sich damit noch die Klage, daß die Vorstellungen farblos und abgeblaßt seien, daß die Kranken sich außerstande fühlen, sich irgendeinen Eindruck, ein Erlebnis, eine Landschaft, ein Gemälde, die Gestalt ihrer Lieben in die Erinnerung zurückzurufen. Sie wissen wohl, wie die Dinge aussehen, und können sie auch beschreiben, aber ihnen fehlt das sinnlich gefärbte Erinnerungsbild.

Solche Kranke fördern nur eine auffallend dürftige Zahl von Vorstellungen zutage, auch wenn sie augenscheinlich am Aussprechen

ihrer Gedanken durchaus nicht gehindert sind. Sie werden dann gewöhnlich für sehr schwachsinnig gehalten, während der weitere Verlauf deutlich zeigt, daß es sich hier nur um eine Erschwerung des Denkens, nicht um eine Vernichtung des Vorstellungsschatzes gehandelt hat.

Andererseits werden die einmal entwickelten Vorstellungen nicht durch das Auftauchen neuer Gedankenreihen verdrängt, sondern sie verblassen langsam und haften oft mit großer Zähigkeit, namentlich, wenn sie in der Stimmungslage ihre feste Wurzel haben. Die Folge davon ist dann eine außerordentliche Einförmigkeit des Vorstellungsinhaltes. Die Kranken bringen immer wieder dieselben Gedanken vor, lassen sich nicht auf andere Gebiete ablenken, kehren nach jeder Zwischenfrage sofort zu den alten Klagen zurück. „Ich muß stundenlang grübeln über alltägliche Vorwürfe und Dinge", erklärte ein Kranker. Hier und da gewinnen die sich gegen den Willen der Kranken immer wieder aufdrängenden Ideen ganz das Gepräge von Zwangsvorstellungen. Die Kranken werden wider besseres Wissen von der steten Befürchtung gequält, daß sie jemanden umgebracht, ins Wasser gestoßen, Hostien zertreten, eine Nadel verschluckt, sich einen Splitter in den Fuß gestoßen, den Abort verunreinigt hätten.

Der Assoziationsversuch liefert bei den depressiven Kranken ein völlig anderes Bild, als bei den manischen. Einen guten Einblick in diese Verhältnisse gewährt die folgende, der Arbeit von Isserlin entnommene Zusammenstellung zweier Assoziationsversuche eines Kranken, der sich beim ersten, am 25. April, in manischem Zustande, beim zweiten, am 8. September, in einer Depression befand:

	Innere Assoz.	Äußere Assoz.	Weiterschweifen	Klangreaktion	Reizwortwiederhol.	Stellungsmittel	Mittelzone
25. April	18%	81,5%	56%	22,3%	43%	1,0″	0,2″
8. September	81%	17%	—	1,9%	—	5″	6″

Die Dauer der Assoziationszeit ist in der Depression auf das 5fache gestiegen, und auch die „Mittelzone", die aus den gewonnenen Werten die mittlere Hälfte herausschneidet und somit einen guten Begriff von der Streuung der Zahlen gibt, zeigt eine erhebliche Vergrößerung; die Assoziationszeiten sind nicht nur länger, sondern auch viel ungleichmäßiger geworden. Das Verhältnis zwischen inneren und äußeren Assoziationen hat sich vollkommen umgekehrt; während in der Manie die Verknüpfungen nach äußer-

lichen Beziehungen, insbesondere nach sprachlicher Einübung, stark überwiegen, treten sie bei den deprimierten Kranken zugunsten der inhaltlich bedingten Assoziationen stark zurück. Als ein weiterer Ausdruck dieser Verschiebung darf das fast völlige Verschwinden der reinen Klangassoziationen gelten, die in der Manie eine so große Rolle spielen. Ebenso fehlt der Depression völlig das für die Ablenkbarkeit der Manischen so kennzeichnende „Weiterschweifen" und endlich auch die bei diesen wohl besonders durch die Unaufmerksamkeit veranlaßten häufigen Wiederholungen des Reizwortes.

Die geistige Leistungsfähigkeit ist in der Manie regelmäßig herabgesetzt. Eine gewisse Ausnahme bilden möglicherweise die allerleichtesten Fälle manischer Erregung, bei denen die mit der Krankheit einhergehende Willenserregung unter Umständen Kräfte freimachen kann, die sonst durch allerlei Hemmungen gebunden sind. Namentlich die künstlerische Betätigung kann durch die unbekümmerte Hingabe an augenblickliche Einfälle, Stimmungen, die dichterische insbesondere durch die Erleichterung des sprachlichen Ausdrucks eine gewisse Förderung erfahren. Besonders auffallend pflegt diese günstige Wirkung gegenüber den Hemmungen der depressiven Zeiten hervorzutreten. Bei allen ausgesprocheneren Formen der manischen Erregung jedoch überwiegt der ungünstige Einfluß der gesteigerten Ablenkbarkeit und der Unstetigkeit des Willens. Man kann sich auch leicht davon überzeugen, daß die Kranken in ihren sprunghaften Gedankengängen keineswegs ideenreich, sondern nur wortreich sind; oft genug kommt es zu recht eintönigen Wiederholungen. Auch die gelegentlichen Witze solcher Kranken sind fast immer einfache Wortspiele, wie sie eben durch die Neigung zu Klangassoziationen hervorgerufen werden. Wir begegnen ihnen wie der Sucht, in fremden Sprachen zu reden, und einer Reihe von ähnlichen Zügen im Alkoholrausche, bei dem die Lähmung der Verstandestätigkeit mit voller Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Trotzdem stoßen wir hier im Gegensatze zu dem Messungsergebnisse häufig auf die Selbsttäuschung einer Erhöhung der geistigen Leistungsfähigkeit. Sie hat ebensowenig Beweiskraft wie die aus dem manischen Wohlgefühl erwachsende Vorstellung besonderer geistiger Frische und Gesundheit.

Demgegenüber ist in den Depressionszuständen öfters das Gefühl der geistigen Behinderung stärker, als die wirkliche Herab-

setzung der Leistungsfähigkeit, wohl deswegen, weil die Denkhemmung durch Willensanstrengung bis zu einem gewissen Grade überwunden werden kann, gerade dabei aber besonders deutlich zum Bewußtsein kommt. Die Kranken klagen, daß sie sich „wie gebannt“, wie gefesselt fühlen, daß die Gedanken gelähmt sind, daß sie zu der einfachsten geistigen Tätigkeit, wie zum Schreiben eines Briefes, das sie früher in wenigen Minuten erledigen konnten, nunmehr Stunden brauchen.

Zur genaueren Feststellung der geistigen Leistungsfähigkeit habe ich wiederholt Rechenversuche mit manisch-depressiven Kranken nach dem bei Ermüdungsmessungen üblichen Verfahren durchführen lassen. Rehm untersuchte nebeneinander 24 Gesunde und 34 Kranke in den verschiedensten Zuständen. Er fand, daß die Leistungen der Kranken durchschnittlich um etwa $^1/_3$ hinter denen der Gesunden zurückblieben. Bei manischen Kranken waren die Ergebnisse im allgemeinen besser, als bei Depressiven. Am stärksten beeinträchtigt erwiesen sich die Kranken, die auch klinisch deutliche Hemmungen darboten, aber auch die depressiven Kranken mit Erregung. Der tägliche Übungsfortschritt war durchschnittlich geringer, als bei den Gesunden, einmal sogar negativ, ging aber einige Male auch über die höchsten Werte der Gesunden hinaus. Diese Erfahrungen deuten darauf hin, daß hier wohl Hemmungen, bald im Verlaufe, bald im Beginne des Versuches, die Leistung in ungewöhnlichem Maße herabgedrückt haben. In demselben Sinne ist die Beobachtung zu deuten, daß die Erholungswirkung einer eingeschobenen Arbeitspause bei nahezu der Hälfte der Kranken hinter dem niedrigsten Werte der Gesunden zurückblieb, in mehr als $^1/_3$ der Fälle sogar negativ war, was bei Gesunden niemals vorkommen dürfte. Hier müssen sich also in der Arbeitspause Hemmungen entwickelt haben, welche die Erholungswirkungen unter Umständen noch überwogen.

Auch die von Hutt angestellten Versuche an 8 manischen und 17 depressiven Kranken ergaben im allgemeinen eine Herabsetzung der Rechenleistungen, die indessen bei den ersteren nur sehr geringfügig war, soweit die Verschiedenheit des Bildungsgrades überhaupt einen Vergleich mit den untersuchten gesunden Personen zuläßt. Der tägliche Übungszuwachs blieb hinter demjenigen der Gesunden zurück und wurde in einem Falle negativ. Ebenso waren in mehreren Fällen

negative Werte für die Erholungswirkung der Arbeitspause zu verzeichnen; die der Leistung ungünstige Unterbrechungswirkung der Pause war durchweg stärker, als bei den Gesunden. Sehr bemerkenswert ist endlich die Erfahrung, daß sich in einigen Fällen, völlig entgegengesetzt dem Verhalten gesunder Personen, mit dem Sinken der Leistung nach der Arbeitspause ein Ansteigen derselben bei pausenlosem Fortarbeiten verband, ein Umstand, der nur auf eine die Ermüdungswirkungen übertreffende Beseitigung von arbeitshemmenden Einflüssen durch das Fortarbeiten bezogen werden kann. Es scheint demnach, was übrigens den klinischen Erfahrungen vollkommen entspricht, daß bei unseren Kranken die Behinderung der Leistung durch Anstrengung und Anregung verhältnismäßig rasch abgeschwächt werden kann, während sie andererseits nach Aufhören der Tätigkeit bald und unter Umständen in verstärktem Maße wiederkehrt.

Wahnbildungen sind im manisch-depressiven Irresein recht häufig, namentlich in den Depressionszuständen. Ihre einfachsten Formen knüpfen an das Gefühl der Leistungsunfähigkeit an und zeigen hypochondrischen Inhalt. Der Kranke hat die Vorstellung, unheilbar krank, rettungslos verloren zu sein. Er leidet an Krebs, Syphilis, Gehirnerweichung, wird blödsinnig, bekommt einen Schlaganfall, ist krank an Leib und Seele, ein verzweifelter Fall; zeine Zukunft wird ein langsames Absterben sein. Der Körper hat eine ganz andere Gestalt bekommen; die Nerven sind vertrocknet, die Organe ausgebrannt; das Gehirn ist verschleimt, alles innerlich abgestorben, die Stimme blechern; im Gehirn kreist kein Blut mehr; das Glied erholt sich nicht wieder. Bisweilen gewinnen diese Ideen einen ganz abenteuerlichen Inhalt, so daß man an die Wahnbildungen der Paralytiker erinnert wird. Das Gehirn ist nur noch ein Brei, der Kopf fingergliedgroß; Lunge und Magen sind fort, die Geschlechtsteile eingeschrumpft; der Gaumen ist ausgebrannt, die Speiseröhre kaput; im Leibe ist alles vernäht und verwickelt; im Halse steckt ein Knochen.

Fast noch häufiger sind Versündigungsideen. Der Kranke macht sich Gedanken über sein Leben, findet, daß er seine Pflichten nicht erfüllt, viele Sünden begangen hat, vom Heiland abgefallen ist. Er war nicht dankbar genug gegen seine Eltern, hat nicht recht für seine Kinder gesorgt, sie schlecht behandelt, in einer

Krankheit nicht gleich zum Arzt geschickt, sie nicht gut genug gepflegt. Er hat Akten nicht rechtzeitig erledigt, Majestätsbeleidigungen begangen, die Religion vernachlässigt, Steuern hinterzogen, onaniert, die Ehe gebrochen, unwürdig gebeichtet und kommuniziert; er war „leichtsinnig in jeder Beziehung", „ein rechter Lump". Auch diese Vorstellungen können sich mehr und mehr nicht bloß von der Wirklichkeit, sondern auch von der Möglichkeit entfernen. Der Kranke hat einen Meineid geleistet, eine hohe Persönlichkeit beleidigt, ohne es zu wissen, Blutschande getrieben, sein Haus angezündet, seine Geschwister umgebracht; er hat einen Prinzen vergiftet, ist fünffacher Mörder, an allem Unglück schuld, verfluchte Seele, Auswurf der Menschheit.

Etwas seltener sind Verfolgungsideen, die sich vielfach an den Versündigungswahn anknüpfen. Der Kranke sieht sich von Spionen umgeben, wird von Detektivs verfolgt, ist der geheimen Justiz, der rächenden Nemesis verfallen, kommt ins Zuchthaus, soll totgeschlagen, hingerichtet, verbrannt, ans Kreuz geschlagen werden; ihm werden alle Zähne ausgerissen, die Augen ausgestochen; man impft ihm die Syphilis ein; er muß verfaulen, schweinisch sterben. Von den Nachbarn wird er verachtet, verspottet, nicht mehr gegrüßt; sie spucken vor ihm aus. In der Zeitung stehen Anspielungen; die Predigt zielt auf ihn; in großen Plakaten werden seine Sünden öffentlich bekannt gemacht. In die Wohnung dringen Einbrecher, Anarchisten; Leute sind in den Schränken versteckt. Der Kranke merkt Gift im Kaffee, im Waschwasser, fühlt sich hypnotisiert, magnetisiert; man sucht ihn zu verführen, indem man ihm Geld hinlegt; es findet ein Haberfeldtreiben gegen ihn statt. Auch die Angehörigen werden in Mitleidenschaft gezogen. Die Familie muß verhungern; die Mutter wird zerstückelt, der Bruder geköpft, der Mann verhaftet.

Namentlich das religiöse Gebiet pflegt hier eine erhebliche Rolle zu spielen. Der Kranke glaubt sich im Beichtstuhl belauscht, wird aus der Kirche ausgeschlossen, in den Bann getan, hat die ewige Seligkeit verloren, muß für alle büßen, die Sünde der ganzen Welt auf sich nehmen. Der Satan hat Gewalt über ihn, steckt in ihm drin, wird ihm befehlen, zu fluchen, wird ihn holen, weil er nichts mehr wert ist. Der Herrgott mag ihn nicht mehr; sein Gebet hat keine Kraft mehr; unter dem Bette brennt schon das Höllenfeuer.

Während alle diese Wahnbildungen mit tiefer gemütlicher Ergriffenheit einherzugehen pflegen und von den Kranken mit größter Überzeugungstreue vorgebracht und verteidigt werden, tragen die Größenvorstellungen, wie sie nicht selten die manischen Zustandsbilder begleiten, vielfach mehr das Gepräge von halb scherzhaften Aufschneidereien und prahlerischen Übertreibungen, die auch, im Gegensatze zu den meist einförmig festgehaltenen depressiven Wahnideen, vielfach wechseln, als Schöpfungen des Augenblicks auftauchen und wieder schwinden. Immerhin kann man bei besonneneren Kranken auch geistig feiner ausgesponnene und hartnäckiger haftende Wahnbildungen beobachten. In die erstere Gruppe gehören die Behauptungen der Kranken, Messias, Perle der Welt, Jesuskind, Braut Christi, Himmelskönigin, Kaiser von Rußland, der liebe Gott zu sein, 10 000 Kinder zu haben. Andere geben an, der Zar sei ihr Bräutigam; sie seien vom heiligen Geist beschattet, haben den Teufel vernichtet, können alle Kranken durch Hypnose heilen. Weniger unsinnig sind die Vorstellungen, ein großer Künstler oder Schriftsteller, Baron, „Arzt von Geburt", Ehrendoktor aller Wissenschaften, Ritter hoher Orden, unehelicher Prinzensohn zu sein, eine höhere Mission zu haben, 7 Sprachen zu sprechen, 2 Zentner zu stemmen. Ein Kranker bezeichnete sich als „Tatenmensch, gleich hinter Nietzsche". Auch große Erbschaften pflegen eine Rolle zu spielen. Ein Kranker, der sich von vornehmer Abkunft wähnte, gab an, daß sein Erbschaftsanteil demnächst ausbezahlt werde; ein anderer stellte sich als Schwiegersohn von Rockefeller vor und brüstete sich mit den 100 Millionen Mitgift, auf die er Aussicht habe.

Ein klares Verständnis für die Krankhaftigkeit des Zustandes ist in der Regel nur in den leichtesten Depressionszuständen vorhanden, nimmt jedoch auch hier mit der Vorstellung von der Hoffnungslosigkeit des Leidens gern eine hypochondrische Färbung an. Sehr gewöhnlich hört man die Versicherung, daß die Krankheit quälender sei, als alle andern, daß der Kranke jeden körperlichen Schmerz weit, weit lieber ertragen würde, als das Gemütsleiden. Bei ausgeprägteren Wahnbildungen geht das Bewußtsein der Krankheit gewöhnlich verloren, selbst wenn frühere, ähnliche Anfälle richtig beurteilt werden. Die Kranken erwidern auf die Vorhaltungen des Arztes höchstens einmal, daß sie froh sein würden, wenn er recht hätte; leider sei nur alles zu wahr, was sie quäle. Eine

Kranke bat, ihr Testament machen zu dürfen, da sie fürchten müsse, am nächsten Tage gänzlich verwirrt zu werden. In den manischen Zuständen weisen die Kranken die Zumutung geistiger Krankheit meist mit Nachdruck zurück; „wer mich für närrisch hält, ist selber närrisch", sagte ein Kranker. Höchstens geben sie zu, etwas aufgeregt, „ein bissel lustig angehaucht" zu sein. Auch über die von ihnen geäußerten Ideen machen sie sich nachträglich bisweilen lustig; es war „ein bissel Delirium", „natürlich Größenwahn". Eine Kranke meinte, bei dem Hinweise auf ihr krankhaftes Benehmen: „Herr Doktor, Sie tun auch schon mal was, das Unsinn ist."

Die Stimmung ist in der Manie meist eine gehobene, bei lebhafter Erregung mit der besonderen Färbung übermütiger Ausgelassenheit. Die Kranken sind vergnügt, „überlustig" oder „stillglücklich", schwärmerisch, „mehr als zufrieden", „heiter auf dieser schönen Welt"; sie fühlen sich wohl, zu allen möglichen Späßen und Neckereien aufgelegt, „von großer Heiterkeit durchdrungen", lachen, singen und scherzen. Sie sind „von allem entzückt", die „glücklichste Frau"; das Glück ist über sie gekommen; „jetzt kommen die Tage der Rosen". Den Ausdruck dieser Stimmung in verschiedener Färbung von stiller Fröhlichkeit und stolzem Selbstgefühl bis zu unbändiger Fröhlichkeit gibt das beigefügte Gruppenbild manisch erregter Kranker wieder (Figur 211). Die geschlechtliche Erregbarkeit ist gesteigert und führt zu unüberlegten Verlobungen, Heiraten durch die Zeitung, unziemlichen Liebesabenteuern, auffallendem Benehmen, Putzsucht, andererseits zu Eifersucht und ehelichen Zerwürfnissen. Mehrere meiner Kranken zeigten in der Erregung gleichgeschlechtliche Neigungen. Wo sich die Heiterkeit mit Gedankenarmut verbindet, gewinnt sie leicht das Gepräge des Albernen, Läppischen, das dann zur Annahme eines geistigen Schwächezustandes verführen kann. Ferner kann durch die Beimischung einer Unlustfärbung die Gemütslage des Manischen die Form der zornigen Gereiztheit annehmen. Die Kranken werden anmaßend, hochfahrend, geraten bei Widerspruch und sonstigen geringfügigen Anlässen in maßlose Wut, die sich in heftigen Schimpfausbrüchen und Handgreiflichkeiten entladet.

Sehr wesentlich aber ist für die Stimmungslage des Manischen der Umstand, daß sie regelmäßig häufigen und unvermittelten Schwankungen unterworfen ist. Mitten in die ausgelassene Heiter-



Fig. 211. Manische Kranke.

keit schieben sich nicht nur plötzliche Zornanfälle, sondern namentlich auch unbändiges Weinen und Schluchzen ein, um allerdings ebenso schnell wieder der übermütigen Lustigkeit Platz zu machen. „Ich weiß nicht, ob ich weinen oder lachen soll", meinte eine Kranke. In diesem Stimmungswechsel, der sich in ähnlicher, wenn auch weit weniger ausgesprochener Weise, vielfach auch bei den Depressionszuständen findet, zeigt sich die nahe innere Verwandtschaft der anscheinend so grundverschiedenen klinischen Bilder.

Die Grundstimmung der Depressionszustände ist am häufigsten eine schwere, dumpfe Hoffnungslosigkeit. Der Kranke hat „ganze Zentner auf sich", ist von Gram zerrissen, hat allen Mut verloren, fühlt sich verlassen, ohne rechten Lebenszweck. Das Herz ist wie Stein; er hat an nichts Freude. Wie es scheint, handelt es sich hier neben der traurigen Verstimmung noch um eine gewisse Hemmung der Gemütsregungen, die das Gegenstück zu der Leichtflüssigkeit der Gefühle in der Manie bildet. Gerade diese Abnahme der gemütlichen Ansprechbarkeit, den Verlust der inneren Anteilnahme an der Umgebung und den Lebensereignissen pflegen die Kranken am bittersten zu empfinden. In ihnen ist es öde und leer; alles ist ihnen gleichgültig, geht sie nichts mehr an, kommt ihnen „so dumm" vor; die Musik „klingt fremd". Sie haben das Gefühl, als wären sie ganz aus der Welt heraus, können nicht mehr weinen, empfinden weder Hunger noch Sättigung, weder Müdigkeit noch Erholung durch Schlaf, kein körperliches „Bedürfnis" mehr; Gott hat ihnen alles Gefühl genommen. Eine Kranke klagte, daß sie sich ärgere, wenn sie andere Leute etwas mit Interesse tun sehe. „Ich bin wie ein Stock," klagte ein Kranker, „und empfinde weder Freude noch Leid". In der Tat kann man sich überzeugen, daß die Kranken von Unglücksbotschaften auffallend wenig berührt werden; erst in der Rekonvaleszenz pflegt dann der natürliche Schmerz zum Ausbruche zu kommen. Auch bei Besuchen der Angehörigen sind sie öfters teilnahmlos, blicken kaum auf, erkundigen sich nicht. Sie erscheinen daher bisweilen stumpf und gefühllos, obgleich es sich nicht um eine Vernichtung, sondern nur um eine Hemmung der gemütlichen Regungen handelt.

Weniger häufig, als die geschilderte dumpfe, gramvolle Traurigkeit, ist eine ängstliche Färbung der Stimmung. Bald ist es mehr „innere Angst und Zittern", eine quälende Spannung, die sich bis

zu stummer, ratloser Verzweiflung steigern kann, bald ist es eine ängstliche Unruhe, die sich in den mannigfachsten Ausdrucksbewegungen, in heftigen Erregungszuständen und rücksichtslosen Angriffen auf das eigene Leben Luft macht. Wieder in anderen Fällen begegnet uns eine verdrossene, unleidliche, mißvergnügte, nörgelnde Stimmung. Die Kranken sind mit allem unzufrieden; die ganze Welt ist ihnen zuwider; alles peinigt, ärgert, reizt sie, erfüllt sie mit Bitterkeit, der Sonnenschein, die fröhlichen Menschen, die Musik, jede Handlung oder Unterlassung ihrer Umgebung. Derartige Stimmungen finden sich am häufigsten in den Übergangszeiten zwischen depressiven und manischen Zuständen; sie sind daher wohl am richtigsten als Mischungen von Depression mit manischer Erregbarkeit aufzufassen.

Die nach der immer wiederkehrenden Aussage der Kranken schier unerträgliche Qual der Depressionszustände erzeugt fast bei allen wenigstens zeitweise Lebensüberdruß, nur allzu häufig auch den lebhaften Wunsch, um jeden Preis dem Leben ein Ende zu machen. „Mit mir ist nichts zu machen, als Pulver und ins Wasser", meinte eine Kranke, und eine andere äußerte: „Mühlstein um den Hals, und dann ins Meer versenken". Vielfach versuchen die Kranken daher, sich auszuhungern, zu erhängen, sich die Pulsadern aufzuschneiden; sie bitten, sie zu verbrennen, lebendig zu begraben, in den Wald hinauszujagen und dort umkommen zu lassen. Bei der Ausführung ihrer Selbstbeschädigungen sind sie öfters ganz unempfindlich gegen körperlichen Schmerz. Einer meiner Kranken schlug mit dem Halse so oft auf die Schneide eines am Boden aufgestellten Stemmeisens, bis sie durch die ganzen Weichteile hindurch in den Wirbelkörper eindrang.

Unter 700 manisch-depressiven Frauen, die ich in München beobachtete, machten 14,7% ernsthafte Selbstmordversuche, von denjenigen, die bei der Aufnahme über 35 Jahre alt waren, 16,2%. Bei 295 Männern wurde in 20,4% über Selbstmordversuche berichtet. Der sonst weit größere Unterschied in der Selbstmordneigung der beiden Geschlechter wird also durch die Krankheit zum großen Teile verwischt.

Auch innerhalb der Depressionszustände braucht die Färbung der Stimmung, wie schon angedeutet, nicht dauernd die gleiche zu sein, wenn auch ihr Grundzug hier oft mit verzweifelter Hart-

näckigkeit haftet. Abgesehen davon, daß sich gar nicht selten für kurze Zeit ein völliger Umschlag in manische Zustände beobachten läßt, werden wir häufig durch ein verlorenes Lächeln, eine plötzliche Fröhlichkeit überrascht, die sich ganz unvermittelt in die Selbstanklagen und Verfolgungsideen einschieben. „Es ist ein Elend", meinte eine Kranke mit vergnügter Miene. Bisweilen entwickeln die Kranken geradezu einen gewissen Galgenhumor, verspotten und ironisieren ihre eigenen Klagen, bezeichnen sich ärgerlich lachend als Kamel und Rindvieh. Ein Kranker nannte sich einen „großartigen Selbstbeflecker". Besonders kennzeichnend und unter Umständen geradezu von diagnostischer Bedeutung ist die Erfahrung, daß es bei nicht allzu schwerer Verstimmung häufig gelingt, durch Zureden die Kranken dazu zu bringen, daß sie ein freundliches Gesicht machen. Die Plötzlichkeit, mit der dann die schlaffen und bekümmerten Gesichtszüge den Ausdruck übermütiger Lustigkeit annehmen, ist außerordentlich verblüffend.

Die bei weitem auffallendsten Störungen liegen beim manisch-depressiven Irresein auf dem Gebiete des Wollens und Handelns. In den manischen Zuständen ist das Krankheitsbild beherrscht vom Betätigungsdrange; wir haben es hier mit einer allgemeinen Willenserregung zu tun. Allerdings lehrt der Versuch, daß die Dauer von einfachen und Wahlreaktionen regelmäßig verlängert ist, bisweilen sogar recht erheblich. Es sprechen aber manche Umstände dafür, daß die Verlangsamung wesentlich die Anknüpfung von Handlungen an äußere Aufforderungen betrifft, die zudem oft mangelhaft aufgefaßt werden. Dagegen scheint jeder aufsteigende Antrieb alsbald zur Tat zu führen, während der Gesunde zahllose Willensregungen schon im Entstehen zu unterdrücken pflegt. Die Störung dürfte bis zu einem gewissen Grade mit derjenigen übereinstimmen, die wir künstlich durch Alkoholeinwirkung erzeugen können; daher die große Ähnlichkeit vieler manischer Kranker mit leichter oder schwerer Angetrunkenen. Freilich pflegt im Rausche die Beeinträchtigung der Auffassung und des Denkens verhältnismäßig weit stärker hervorzutreten, als bei unseren Kranken; zudem machen sich dort bald die Erscheinungen der Lähmung und Unsicherheit in den Bewegungen geltend.

Der manische Betätigungsdrang führt naturgemäß zu mehr oder weniger ausgesprochener Unruhe. In den leichtesten Graden

ist es nur eine gewisse Unstetigkeit und Vielgeschäftigkeit, die uns auffällt, rastlose, überstürzte Unternehmungslust. Die Kranken machen allerlei Pläne, wollen sich als Sänger ausbilden lassen, ein Lustspiel schreiben, senden Verbesserungsvorschläge an das Polizeipräsidium oder die Eisenbahnverwaltung; ein Geistlicher schrieb einen Brief an den Papst wegen der Priesterehe. Sie kümmern sich um fremde Angelegenheiten, aber nicht um ihre eigenen, gründen unsinnige Geschäfte, kaufen Häuser, Kleider, Hüte, geben große Bestellungen auf, machen Schulden, wollen eine Sternwarte einrichten, nach Amerika fahren; ein Kranker reiste nach Korsika und kaufte dort für 85 000 Mark Besitzungen, die ihn in endlose Prozesse verwickelten. Sie machen Heiratspläne, knüpfen zweifelhafte Bekanntschaften an, küssen fremde Damen auf der Straße, laufen in Wirtshäuser, begehen alle möglichen Ausschweifungen. Ein junges Mädchen zog mit Burschen in Kneipen herum und bezahlte ihnen Bier; ein älterer, verheirateter Mann ging mit einer Negerin aus einer Singspielhalle auf der Straße spazieren. Während sie in der Gesellschaft als Spaßmacher auftreten, großartige Trinkgelder geben, ihre Zechgenossen freihalten, geraten sie mit ihren Vorgesetzten in Zwistigkeiten, vernachlässigen ihre Obliegenheiten, kündigen aus nichtigem Anlasse ihre Stellung, begehen Zechprellereien; eine Kranke fuhr ohne Karte auf der Trambahn, behauptete dann fälschlich, sie sei Abonnentin.

Bei stärkerer Erregung entwickelt sich dann immer mehr das Bild der eigentlichen Tobsucht. Die Antriebe drängen sich, und der Zusammenhang des Handelns geht allmählich verloren. Der Kranke ist außerstande, irgendeine weiterreichende Absicht wirklich durchzuführen, weil sich ihm immerfort neue Antriebe dazwischen schieben, die ihn von dem ursprünglichen Ziele ablenken. So kann sich schließlich sein Tatendrang in eine bunte Folge immer neuer, rasch wechselnder Willenshandlungen auflösen, die gar kein gemeinsames Ziel mehr erkennen lassen, sondern kommen und gehen, wie sie der Augenblick geboren hat. Der Kranke singt, schwatzt, tanzt, tollt herum, macht Turnübungen, taktiert, klatscht in die Hände, schimpft, droht und lärmt, wirft alles auf den Boden, entkleidet sich, putzt sich abenteuerlich auf, schreit und kreischt, lacht oder weint unbändig, schneidet Gesichter, nimmt theatralische Stellungen ein, deklamiert mit weit ausladenden, leidenschaftlichen

Geberden. So abspringend und zusammenhanglos aber auch dieses Treiben ist, setzt es sich doch immer aus Bruchstücken von Handlungen zusammen, die in irgendeiner Beziehung zu Zweckvorstellungen oder Gemütsbewegungen stehen; es handelt sich um Ausdrucksbewegungen, übermütige Scherze, Angriffe, Zeitvertreib, Liebeswerbungen u. dgl.



Fig. 212. Manische Kranke mit zahlreichen Zöpfchen.

Nur bei ganz schwerer Erregung können sich diese Beziehungen bisweilen bis zur Unkenntlichkeit verwischen. Die Kranken rollen die Augen, drehen den Kopf, wälzen sich am Boden, hüpfen, brüllen, schlagen Purzelbäume, klopfen taktmäßig auf die Matratze, strampeln, trommeln, zucken und zappeln, fletschen die Zähne, spucken und beißen um sich. Die Bewegungen können dann unter Umständen sehr einförmig und sinnlos sein und bisweilen ganz den Eindruck des

Zwangsmäßigen machen; eine Kranke gab mir an, sie müsse immer mit Armen und Kopf eigentümliche Bewegungen ausführen und bestimmte Worte sagen: „Laissez moi-laissez-moi travailler"; eine



Fig. 213. Aufgeputzte manische Kranke.

andere erklärte, sie müsse immer mit der Faust an die Wand schlagen, eine dritte, sie sei „auf Kommando" aus dem Bette gegangen.

Eine gewisse Vorstellung von dem manischen Treiben mögen zunächst die Bilder 212 und 213 gewähren. Das erste zeigt eine Kranke, die sich das Haar zum Scherz in eine Menge von kleinen

Zöpfchen geflochten hat; das zweite stellt eine Kranke dar, die sich aus zerrissenen Kleidern, Tüchern und Wolldecken eine malerische Tracht zusammengestellt hat und auf einem Pappdeckel eine An-



Fig. 214. Wechselnde Stellungen einer manischen Kranken.

zahl papierner Kunstwerke darreicht. Weiterhin gebe ich einige Ausschnitte aus einer größeren Reihe von Weiler aufgenommener Bilder wieder, die eine Kranke mit lebhaftem Geberdenspiel in

verschiedenen, eindrucksvollen, rasch einander abwechselnden Stellungen zeigt (Fig. 214).

Außer der Erregung besteht bei unseren Kranken regelmäßig auch eine Steigerung der Erregbarkeit. Vielleicht ist diese sogar als die wesentliche Grunderscheinung zu betrachten. Oft sind die Kranken ziemlich ruhig, solange man alle äußeren Reize nach Möglichkeit abschließt; eine Anrede, ein Besuch, das Schreien der Mitkranken führt aber ungemein leicht zu rasch wachsender Erregung. Je mehr man sie reden und gewähren läßt, desto stärker pflegt der Betätigungsdrang zu werden, eine für die Behandlung sehr wichtige Erfahrung.

Trotz der hochgradigsten motorischen Erregung, die bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Stärke fortdauert, fehlt dem Kranken das Ermüdungsgefühl vollständig. Er ist nicht matt und abgespannt; der Verbrauch des Muskelgewebes erzeugt keine Unlustempfindung, zum Teil vielleicht wegen der früher besprochenen Abstumpfung seiner Empfindlichkeit, namentlich aber wohl wegen der Leichtigkeit, mit der die Auslösung seiner Handlungen vonstatten geht. Bei ihm genügt schon der leiseste Antrieb, um ausgiebige Bewegungsäußerungen hervorzurufen, während der Gesunde zur Erzielung desselben Erfolges eines unvergleichlich größeren Aufwandes von zentraler Arbeitsleistung bedürfen würde. Darum muß auch jeder Versuch der Nachahmung dieses Zustandes notwendig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die bloße Willensanstrengung zu überwinden. Dieser Umstand wie die Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder gebrauchen, hat zu der verbreiteten, unrichtigen Anschauung geführt, daß sie über außergewöhnliche Körperkräfte verfügen. Im Gegenteil erweist sich die Leistungsfähigkeit der Muskeln bei Ergographenversuchen regelmäßig erheblich herabgesetzt. Dagegen werden die Bewegungen schneller ausgeführt, als bei Gesunden, namentlich dann, wenn sich eine Reihe derselben aneinanderknüpft und die Kranken in rasch wachsende Erregung geraten.

Der Umgebung gegenüber verhalten sich die Kranken sehr wechselnd. In der Regel sind sie beeinflußbar, zugänglich, oft zudringlich, erotisch. Zeitweise werden sie gereizt, drohend und gewalt-

tätig, sind aber auch dann durch freundliches oder scherzhaftes Zureden meist rasch zu besänftigen. Manche Kranke sind ablehnend, schnippisch, kurz angebunden, unzugänglich; hier und da beobachtet man wächserne Biegsamkeit und Echolalie oder Echopraxie.

Eine Teilerscheinung des allgemeinen Betätigungsdranges ist der oft sehr ausgeprägte Rededrang der Kranken. Auch die Umsetzung von Wortvorstellungen in Sprachbewegungen ist krankhaft erleichtert. Isserlin konnte nachweisen, daß die Zahl der in einer Minute gesprochenen Silben bei einer manischen Kranken 180—200 betrug, während die gesunden Vergleichspersonen nicht mehr als 122—150 lieferten. Wie wir schon früher ausgeführt haben, dürfte gerade dieser Umstand bei der besonderen Gestaltung der manischen Ideenflucht eine gewisse Rolle spielen. Die leicht angeregten Sprachbewegungsvorstellungen gewinnen einen unverhältnismäßig starken Einfluß auf den Ablauf des Gedankenganges, während die inhaltlichen Beziehungen der Vorstellungen mehr in den Hintergrund treten. So kommt es, daß in den höheren Graden der Ideenflucht, ganz wie unter dem Einflusse des Alkohols, an die Stelle des sachlichen Bandes der Vorstellungen mehr und mehr sprachlich eingelernte Redensarten, Wortzusammensetzungen, Anklänge und Reime treten. Namentlich gewinnen, wie schon aus dem oben mitgeteilten Beispiele erkennbar, mehr und mehr die reinen Klangassoziationen die Oberhand, bei denen jede Spur einer inneren Beziehung der Vorstellungen verschwunden ist, die Gleichklänge und Reime, sogar ganz sinnlose. Welchen Umfang die Störung gewinnen kann, lehrt die Figur 215, in der nach Aschaffenburgs Untersuchungen der Prozentsatz der Klangassoziationen bei je 5 Gesunden und manischen Kranken wiedergegeben ist. Die Zahlen für die Gesunden schwanken hier zwischen 2 und 4%; sie können übrigens bei besonderer persönlicher Veranlagung auch einmal erheblich höher werden. Dagegen erreichen sie niemals die bei den manischen Kranken erhobenen Werte, die hier von 32—100% hinaufgehen. Eine Kranke schrieb auf ein Blatt: Nelke — welke — Helge — Hilde — Tilde — Milde — Hand — Wand — Sand.

In den sprachlichen Äußerungen des Kranken macht sich die Ideenflucht und der Rededrang gleichzeitig geltend. Er kann nicht lange stillschweigen, schwatzt und schreit mit erhobener

Stimme, lärmt, brüllt, johlt, pfeift, überstürzt sich im Reden, reiht zusammenhangslose Sätze, Worte, Silben aneinander, mengt verschiedene Sprachen durcheinander, predigt mit feierlicher Betonung und leidenschaftlichen Gebärden, vom Hochtrabenden ganz unvermittelt ins Humoristisch-Gemütliche, Drohende, Weinerliche, Unflätige verfallend oder plötzlich in ausgelassenem Lachen endigend. Bisweilen kommt es zu lispelnder oder eigentümlich verschnörkelter, gezierter Sprechweise, auch wohl zum Reden in selbsterfundenen Sprachen, die zum Teil aus sinnlosen Silben, zum Teil aus fremdländisch zurechtgestutzten und verstümmelten Wörtern bestehen. Dazwischen schieben sich Zitate, Wortspielereien, poetische Wen-

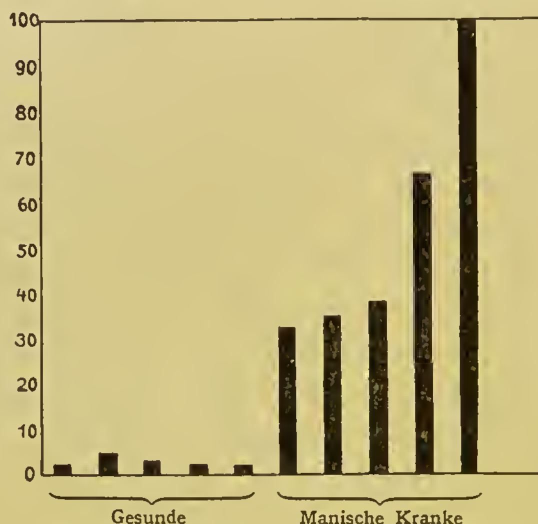


Fig. 215. Häufigkeit der Klangassoziationen bei Gesunden und manischen Kranken.

dungen, kräftige Schimpfworte. Manche Kranke sprechen wie Kinder, im Telegrammstil, in Infinitiven. Eine Probe manischer Reden gibt die folgende Nachschrift:

„Notieren Sie genau, es scheint mir alles so grau; die Uhr (wurde der Kranken vorgehalten) bedeutet den Kreislauf der Zeit; Herr N. hat einen Chronometer bereit. Mein Magen tut mir weh, immer hipp, hipp, hurrah! Der Geibel ist der Dichter, der Genius der Zeit gewesen, été, der Sommer muß kommen, die Bäume schlagen aus, und du bist nicht zu Haus. Röslein, so hold am Haag, mich doch niemand holen mag. Les extrêmes se touchent; Zeiten fliehen so manches Jahr, mich doch niemand holen mag. (Zur Wärterin) Du Luder, du unverschämtes Saumensch, kannst du darüber lachen, daß die guter Hoffnung ist, von Rose gesprochen, drum bist du Esel so grau. Grau, teurer Freund, ist alle Theorie. Stern, Blume so gern. Der Großherzog soll leben hoch. Leberecht Hühnchen“ usw.

Die Zusammenhangslosigkeit ist hier keineswegs durch einen sprudelnden Reichtum an Gedanken, sondern durch die mangelnde Ausbildung richtunggebender Zielvorstellungen bedingt. Auch der Gesunde kann ganz ähnliche Reihen liefern, wenn er seinem Denken die Zügel schießen läßt und wahllos alles ausspricht, was ihm in den Sinn kommt. Immerhin scheint bei Gesunden, wie die Untersuchungen Stranskys gelehrt haben, wohl infolge des unwillkürlichen Haftens von Zielvorstellungen und der dadurch bedingten geringeren Ablenkbarkeit, die Mannigfaltigkeit der zufließenden Einfälle erheblich geringer zu sein; an ihre Stelle treten mehr Aufzählungen sowie Abwandlungen und Wiederholungen derselben Gedanken. Auch die Kranken bringen öfters Aufzählungen; eine Kranke rief aus: „Straubing, Osterhofen, Vilshofen, Passau" und später: „Leben, Licht, Tod, Hölle, Ewigkeit".

In der Regel werden die Reden der Kranken durch äußere Einwirkungen erheblich beeinflußt. Sie flechten gehörte Worte ein, knüpfen an zufällige Eindrücke an, machen sie zum Ausgangspunkt ideenflüchtig fortgesponnener Äußerungen. Bisweilen aber weichen sie in scherzhafter Weise den von außen gegebenen Anregungen geradezu aus, bringen auf jede Frage nur ein Lachen vor, wiederholen sie neckend, geben absichtlich falsche oder witzig ablehnende Antworten. Eine Kranke erwiderte auf alle Anreden unter ausgelassenem Lachen immer nur „Nixen" (nichts); eine andere antwortete auf die Frage nach ihrem Alter: „Bin gar nicht geboren", auf die Rechenaufgabe 7 × 7: „man zählt nicht mehr; man wägt; man mißt." Endlich aber kommt es auch vor, daß die Kranken nicht nur von selbst einzelne Worte und unvollkommene Sätze ohne Zusammenhang aneinanderreihen, sondern daß sie auch auf die an sie gerichteten Fragen inhaltlich gar nicht eingehen, vielmehr völlig beziehungslose, unsinnige Äußerungen vorbringen. Manche Kranke bleiben stumm, verständigen sich aber mit der Umgebung durch eine sehr ausdrucksvolle, launige Geberdensprache.

In den Schriftstücken der Kranken zeigt sich die Neigung, Fremdwörter zu gebrauchen, verschiedene Sprachen durcheinanderzuwerfen. Der Einfluß des Sprachklanges auf die Folge der Vorstellungen ist hier aus naheliegenden Gründen weit geringer, als beim Sprechen, namentlich bei Kranken, deren innere Sprache sich nicht ganz vorzugsweise in Sprachantrieben oder Klangbildern ab-

spielt. Dafür kommt es dann oft zu den von Aschaffenburg genauer geschilderten Aufzählungen gleichartiger Vorstellungen, indem die Assoziation nach äußerer Ähnlichkeit oder nach Koexistenz an die Stelle des fortschreitenden Gedankenganges tritt. Die Ablenkbarkeit und Erregbarkeitssteigerung pflegt sich in dem Umstande kundzugeben, daß die ersten Worte oder Zeilen meist ganz zusammenhängend geschrieben sind, während sich der weitere Inhalt in eine wirre Folge von Aufzählungen, Reminiszenzen, Versbruchstücken, Anklängen und Reimen auflöst. Solche Entgleisungen enthält das folgende Bruchstück eines Beileidschreibens:

„Ach! gnädigste Frau! Komm' ich auch spät zu Ihnen, meine innigste, wirklich aus meinem Herzen fließende Teilnahme zu dem Heimgange à la Fidelio Ihres teuren Florestan auszudrücken — niemals kommt man dann zu spät, wenn man sich frägt: Ach, wie ist's denn möglich wohl, daß mir so viele Schmerzen Dein Tod, Du treuer, lieber Seladon und Romeo Mir, Deiner einzigen ach! der teuren Gattin naht die . . . Ja die Tränen! ecc. Pamela Questenberg Neumann Gordon à la Vitzthum Magdalena o Terzky Struve Carola auch Du Graf von Lula o Leonore o Sollschwitz o Gitschin Generalmajor von Schmieden aussi bientot Hauptmann qu'est que la pardonnez . . ."

Hier begegnet uns zunächst die Reihe Fidelio-Florestan-Seladon-Romeo, die den ursprünglichen Gedankengang unterbricht, sodann die wohl durch die Wendung „spät komm ich" ausgelöste Reihe Questenberg-Neumann-Gordon-Terzky, an die sich eine Anzahl anderer Namen anschließen. Zum Schlusse erfolgt die Abschwenkung ins Französische, der sich im weiteren Verlaufe des Briefes noch englische, lateinische und griechische Bruchstücke und eine Reihe von klingenden Versen anschlossen.

Die Schriftzüge der Kranken können im Beginne völlig tadellos und regelmäßig sein. Infolge der Erregbarkeit pflegen sie jedoch allmählich immer größer, anspruchsvoller und unregelmäßiger zu werden. Sie nehmen keine Rücksicht mehr auf den Leser, laufen durcheinander, werden verschmiert; die Unterstreichungen, Ausrufungszeichen, kühnen Schnörkeleien nehmen zu. Alle diese Störungen, die inhaltlichen wie die formalen, treten an der beigegebenen Schriftprobe 35 in ausgezeichneter Weise hervor. Die Menge der von manischen Kranken erzeugten Schriftstücke ist bisweilen eine erstaunliche; freilich rechnen sie selbst nicht darauf, daß sie gelesen werden; nur das Vergnügen des Schreibens selbst ist der Beweggrund.

In den Depressionszuständen tritt an Stelle des Betätigungsdranges gewöhnlich sein völliges Gegenstück, die Willenshemmung. Die Auslösung von Handlungen ist hier erschwert, selbst bis zur Unmöglich-

Schriftprobe 35. Manie.

keit. Die leichteren Grade der Störung zeigen sich in der **Entschlußunfähigkeit** der Kranken. Die auftauchenden Antriebe gewinnen nicht die Macht, die entgegenstehenden Hemmungen zu überwinden;

trotz der klaren Erkenntnis der Notwendigkeit, obgleich alle wirklichen Gegengründe oder Bedenken fehlen, vermag sich der Kranke doch nicht zu den einfachsten Handlungen aufzuraffen. Er „hat keinen Willen mehr“, „weiß nicht, wie er alles machen soll“, muß immer um Rat fragen, was er tun soll, kann nichts mehr recht machen, da er niemals die Sicherheit hat, daß es das Richtige ist; ein Kranker meinte: „Ich bin ein schwacher Mensch, der nicht weiß, was er will.“ Auch die endlich nach vielem Zögern begonnene Tätigkeit bleibt jeden Augenblick stecken, da ihr der Nachdruck des kräftigen Entschlusses fehlt. Der Kranke bringt nichts mehr fertig, macht alles verkehrt, kommt trotz aller Arbeit, die er mit allergrößter Anstrengung verrichtet, doch nicht weiter; er hat keinen rechten Trieb; die Schwere lastet auf ihm. Eine Kranke berichtete, sie habe sich früh angezogen, wenn sie ausgehen wollte, und war nachmittags doch noch zu Hause. Alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, sind mehr oder weniger verlangsamt und geschehen ohne Kraft; Hände und Füße gehorchen nicht mehr. Der Kranke kann nichts mehr anfassen und halten; bleischwer liegt es auf Mund und Zunge. Die Körperhaltung ist schlaff, müde, das Benehmen unfrei und gebunden, der Gesichtsausdruck starr und unbeweglich. In den Ergographenkurven konnten Gregor und Hänsel ein plötzliches, frühes Sinken der Hubhöhen feststellen, an das sich niedrige, gestreckte Kurven anschlossen, ein Zeichen für rasches Versagen der Willensantriebe bei erhaltener Leistungsfähigkeit der Muskeln. Äußere Einwirkung und namentlich gemütliche Erregung kann die Hemmung verringern. Unter stetem Zureden oder in der Gefahr vermag der Kranke noch Leistungen zu vollbringen, die ihm sonst unmöglich sind. Auf Nadelstiche erfolgt oft gar keine Abwehrbewegung oder nur beim Treffen sehr empfindlicher Stellen; wächserne Biegsamkeit und Echoerscheinungen sind nicht selten.

Bei den schwersten, stuporösen Formen kann jede Willensäußerung des Kranken aufgehoben sein, so daß er nur liegen und kaum die Augen zu öffnen vermag. Er ist außerstande, die Zunge zu zeigen, die Mahlzeiten einzunehmen, die Hand zu geben oder gar das Bett zu verlassen und seine Bedürfnisse zu verrichten. Obgleich er die an ihn gerichteten Aufforderungen vielleicht gut versteht, erfolgen doch höchstens einige schwache, zitternde Ansätze zu den verlangten Bewegungen. Unbequeme Stellungen be-

hält der Kranke bei, weil er nicht die Möglichkeit findet, sich besser zurechtzulegen; Gegenstände, die man ihm der Reihe nach in die Hand gibt, sucht er krampfhaft alle festzuhalten, da er unfähig ist, sich ihrer wieder zu entledigen.

Sehr deutlich tritt die schwere Behinderung schon ganz einfacher Willenshandlungen in der beigefügten Kurve Fig. 216 einer Reaktionsbewegung hervor, die Isserlin von einer deprimierten Kranken gewonnen hat. Sie ist unmittelbar den früher mitgeteilten Kurven von Gesunden und Katatonikern zu vergleichen und zeigt ohne weiteres die überaus langsame Beugung und Streckung des Fingers wie die geringe Ausgiebigkeit der Bewegung.

Die Willenshemmung pflegt von den Kranken überaus peinlich empfunden zu werden. Das Gefühl der ,,Insuffizienz", der Unfähigkeit, stellt sich vielfach schon ein, wo die äußere Beobachtung von



Fig. 216. Einfache Beug- und Streckbewegung des Fingers bei einer gehemmten Kranken.

einer Erschwerung der Willenshandlungen noch gar nichts erkennen läßt. Offenbar vermögen die Kranken die innere Behinderung zunächst noch durch erhöhte Willensanstrengung einigermaßen wieder auszugleichen. Sehr gewöhnlich wird das Nachlassen der Leistungen von den Kranken im Sinne der sittlichen Verschuldung verarbeitet. Sie machen sich die bittersten Vorwürfe über ihre Untätigkeit, wollen nicht im Bett bleiben, um nicht für faul zu gelten. Manche Kranke entwickeln geradezu eine krampfhafte Arbeitswut, gönnen sich keine Rast und keine Ruhe, um diesen Selbstvorwürfen zu begegnen; ,,man mußte ihm die Schaufel aus der Hand nehmen, weil er sonst nicht aufhörte", berichteten die Angehörigen eines Kranken. Möglicherweise spielt jedoch in solchen Fällen eine psychomotorische Erregung mit.

Die Erschwerung der Willensauslösung führt naturgemäß zu einer mehr oder weniger erheblichen Einschränkung des Handelns. Wenn auch das Notwendigste zunächst noch geleistet wird, unter-

bleibt doch jede freiwillige Tätigkeit. Die Kranken verzichten auf Liebhabereien und Ehrenämter, ziehen sich vom Verkehr zurück, haben dauernd das Bedürfnis, sich auszuruhen. Weiterhin vernachlässigen sie ihre Körperpflege, lassen sich verwahrlosen; schließlich geben sie jede Tätigkeit auf und nehmen ihre Zuflucht zum Bett, in dem sie regungslos liegen bleiben, unter Umständen sogar unter sich gehen lassen. Praktisch wichtig ist der Umstand, daß die Entschlußunfähigkeit der Kranken wenigstens auf der Höhe des Leidens die Selbstmordgefahr einigermaßen herabmindert. Obgleich sie den lebhaften Wunsch hegen, ihrem Leben ein Ende zu machen, haben sie doch nicht die Kraft, dieses Vorhaben auszuführen. Einer meiner Kranken stand bereits im Wasser, hatte aber nicht „den Mut", vollends hineinzuspringen.

Die einzelnen Gebiete der Willensäußerungen können durch die Willenshemmung in sehr verschiedenem Grade beeinflußt werden. Da in erster Linie die Auslösung von Willensentschlüssen erschwert zu sein scheint, gehen solche Handlungen, die sich rein gewohnheitsmäßig, ohne besonderes Eingreifen der Willkür abspielen, oft noch ungehindert vonstatten, während sich die Hemmung auf anderen Gebieten sehr stark geltend macht. Die Kranken vermögen sich ohne Schwierigkeit anzukleiden, zu beschäftigen, während sie doch außerstande sind, irgend einen selbständigen Entschluß zu fassen; sie erledigen vielleicht noch ohne besondere Schwierigkeit glatt und gewohnheitsmäßig ihre Tagesgeschäfte, schrecken aber vor jedem neuen Unternehmen, vor jeder besonderen Verantwortung zurück.

Die Ausdrucksbewegungen, soweit sie seelische Regungen wiedergeben sollen, pflegen durch die Hemmung besonders stark betroffen zu werden; auch die mimischen Gebärden und die Bewegungen büßen gewöhnlich an Lebhaftigkeit ein. Die Kranken sprechen leise, langsam, zögernd, eintönig, bisweilen stotternd, flüsternd, setzen mehrmals an, bevor sie ein Wort herausbringen, verstummen im Satze. Sie werden still, einsilbig, können sich nicht mehr unterhalten, obgleich sie mit gewöhnlicher Geschwindigkeit zu zählen oder vorzulesen vermögen; manchmal sprechen sie aus eigenem Antriebe kein Wort, geben aber auf Fragen geläufig Auskunft, oder sie sprechen im Flüstertone, aber heftig, mit lebhaften Gebärden. Pfersdorff hat darauf aufmerk-

sam gemacht, daß manche Kranke beim Buchstabieren grobe Fehler begehen, Auslassungen, Verdoppelungen, Verwechselungen von Buchstaben; dabei läßt sich bisweilen erkennen, daß assoziierte Klangbilder die Auffassung des Gesichtsbildes beeinflussen (k statt a oder h). Das Abschreiben geht unter Umständen ungehindert vonstatten, während die Kranken stundenlang vor einem angefangenen Briefe sitzen, ohne ihn zu Ende zu führen. Die Störung erstreckt sich indessen auf Sprache und Schrift durchaus nicht immer in gleichem Maße. Es gibt Kranke, die ganz geläufig reden, aber kaum einige Zeilen fertig bringen, und umgekehrt schreiben andere lange, leidenschaftliche Briefe, während sie verstummen, sobald man sich mit ihnen unterhalten will.

An die Stelle der Willenshemmung tritt nicht ganz selten die ängstliche Erregung. Die Kranken zeigen eine mehr oder weniger lebhafte Unruhe, können nicht stillsitzen, bleiben nicht im Bette, laufen herum, verkriechen sich, suchen zu entfliehen. Sie wimmern, stöhnen, ächzen, schreien, ringen die Hände, raufen sich die Haare, schlagen sich an den Kopf, zerzupfen und zerkratzen sich, klammern sich an, beten, knien, rutschen auf dem Boden herum, bitten um Gnade, um Verzeihung. In schweren Fällen kommt es zu sinnlosem Schreien, Jammern, Kreischen, Herumwälzen, Fuchteln, Schnappen, drehenden, zuckenden Bewegungen der Hände und des Rumpfes, Reiben und Schlottern. Vielfach macht sich einförmige, rhythmische Wiederholung bemerkbar.

Specht, Thalbitzer und auch Dreyfus sind geneigt, derartige ängstliche Erregungen unter dem Gesichtspunkte der Mischzustände zu deuten; es soll sich hier um eine Verbindung von Depression mit dem manischen Krankheitszeichen der Willenserregung handeln. Demgegenüber haben Westphal und Kölpin darauf hingewiesen, daß die Erregung einen unmittelbaren Ausfluß der Angst darstelle und somit nicht als ein manischer Bestandteil des Krankheitsbildes angesehen werden könne. Darauf läßt sich erwidern, daß die Angst an sich ebensowohl Hemmung wie Erregung des Willens erzeugen kann; es wäre daher möglich, daß die Umsetzung der inneren Spannung, wie wir sie bei manchen depressiven Stuporzuständen antreffen, in ängstliche Erregung durch das Einsetzen einer Willenserregung im Sinne der Manie erleichtert oder erst bedingt werde. Es erscheint mir jedoch mißlich, mit so einfachen Vorstellungen an die gewiß sehr verwickel-

ten Verhältnisse heranzutreten. Wir werden späterhin Erfahrungen kennen lernen, die dafür sprechen, daß die besondere ängstliche Färbung der Depressionszustände, die von denen der manischen Zustände völlig abweicht, in einer gewissen Beziehung zum Lebensalter steht, ein Umstand, den allerdings Specht gerade in seinem Sinne verwertet hat. Ich halte es jedoch vorderhand für sehr zweifelhaft, ob diejenige ängstliche Erregung, die sich lediglich in der Form von Ausdrucksbewegungen abspielt, seien sie auch sehr heftiger und unsinniger Art, schon ohne weiteres als Mischung von ängstlicher Stimmung mit manischem Betätigungsdrang aufgefaßt werden darf. Auf der anderen Seite gibt es aber, wie wir später sehen werden, zweifellos Zustände, die in diesem Sinne zu deuten sind, und es ist zuzugeben, daß unter Umständen die Unterscheidung schwierig sein wird, ja daß vielleicht auch Übergangsformen zur Beobachtung kommen.

Einen guten Einblick in die Eigentümlichkeiten der psychomotorischen Störungen beim manisch-depressiven Irresein dürfte die beiliegende Kurventafel Figur 217 gewähren. Sie stellt die Druckschwankungen beim Schreiben der 1 und der 10 aus einer fortlaufenden Zahlenreihe vor, wie sie mit Hilfe der Schriftwage gewonnen werden. Die Abstände auf den wagerechten Linien geben einen Begriff von der während des Schreibens verflossenen Zeit; die Höhe der Kurven dagegen stellt in vergrößertem Maßstabe den in jedem Augenblicke auf die Schreibunterlage ausgeübten Druck dar. Unter den einzelnen Kurven befinden sich getreue Nachbildungen der Schriftzüge selbst, die bei den Versuchen geliefert wurden. Fig. A stammt von einer gesunden Wärterin. Man erkennt bei der ersten, noch besser bei der zweiten 1 das Nachlassen des Druckes während der Umkehr der Schreibbewegung sowie das Ansteigen im Grundstriche; auch in der 0 entspricht der Umbiegung eine kleine Druckschwankung. Die Zacken am Schlusse der Kurven entstehen durch Nachschwingungen der Feder bei raschem Absetzen des Stiftes.

Fig. C wurde von einer manischen Kranken geliefert. Die psychomotorische Erregung tritt hier schon in den mächtigen, anspruchsvollen Schriftzeichen hervor. Der Druck ist erheblich gesteigert, ebenso die Schreibgeschwindigkeit, wenn wir die verschiedene Länge des zurückgelegten Schreibweges berücksichtigen. In der zweiten 1 sind sowohl Druck wie Geschwindigkeit sehr bedeu-

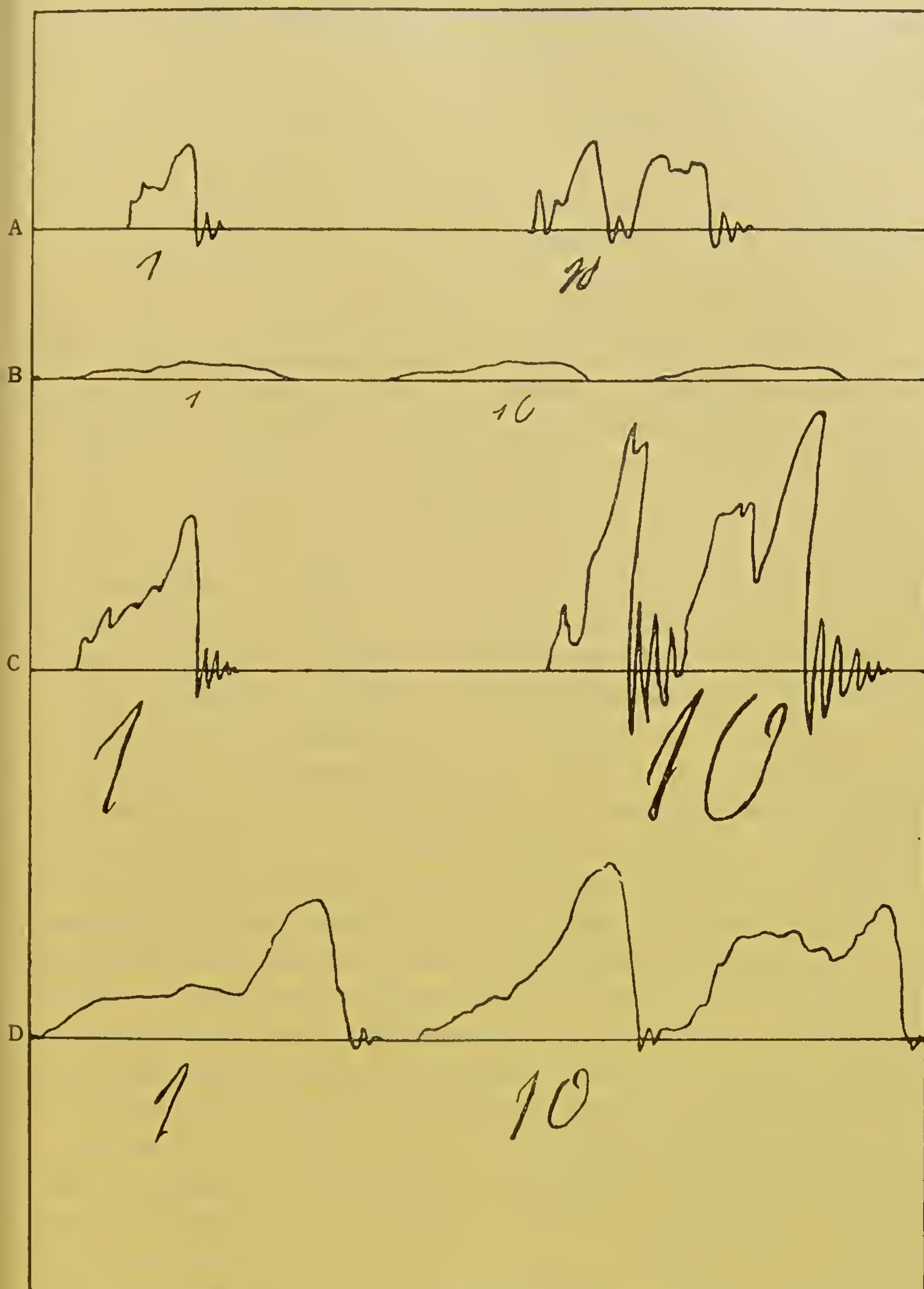


Fig. 217.
Schriftdruckkurven beim manisch-depressiven Irresein.

tend gestiegen, eine Erscheinung, die sich auch bei Gesunden überall findet, nur in ungleich schwächerer Ausprägung. Da sie uns die wachsende Erleichterung der Leistung während der Arbeit anzeigt, darf sie als Ausdruck der gesteigerten psychomotorischen Erregbarkeit angesehen werden. Die im Laufe des Schreibens rasch zunehmende Ausgiebigkeit der Nachschwingungen deutet auf die größere Plötzlichkeit der Druckschwankungen bei den heftigen Schreibbewegungen hin.

Ein vollkommen anderes Bild bietet die Fig. B dar, die von einer Kranken im Depressionszustande gewonnen wurde. Die Schriftzüge sind auffallend klein; trotzdem nahmen sie erheblich längere Zeit in Anspruch, als Fig. A, waren also stark verlangsamt. Zugleich ist der Druck außerordentlich niedrig; er beträgt noch nicht 50 g und zeigt sehr wenig ausgeprägte Schwankungen. Nachschwingungen fehlen; der Schreibdruck hörte also nicht plötzlich, sondern ganz allmählich auf. Auch hier ist übrigens eine geringe Zunahme der Geschwindigkeit bei der zweiten 1 nachzuweisen. Zwischen ihr und der folgenden 0 liegt eine unverhältnismäßig lange Pause. Fanden wir demnach bei der manischen Kranken heftige, sehr beschleunigte Bewegungen mit rascher, erheblicher Zunahme der Erregbarkeit, so begegnet uns hier zögerndes Ein- und Ausschleichen, geringer Nachdruck und bedeutende Verlangsamung des Schreibens, Zeichen, die in klarer Weise auf das Bestehen einer psychomotorischen Hemmung hindeuten.

Allein die beiden, hier auseinandergehaltenen Zustände des Werkzeuges unseres Willens sind schwerlich solche Gegensätze, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Wir sehen sie wenigstens im Verlaufe der Krankheit häufig genug unvermittelt ineinander übergehen. Hemmung und Erleichterung der Willensantriebe können demnach nur nahe verwandte Erscheinungsformen einer gemeinsamen Grundstörung sein. Noch deutlicher wird das, wenn wir sehen, daß sich die Zeichen der beiden krankhaften Veränderungen gar nicht selten miteinander mischen. Die besonderen klinischen Gestaltungen dieser Mischung werden wir späterhin genauer ins Auge zu fassen haben. Hier möchte ich nur auf die Fig. D der Kurventafel hinweisen. Sie wurde von der gleichen Kranken geschrieben wie Fig. C; nur befand sich jene damals in einem Zustande, in dem während einer schweren Manie einige Tage lang der

Betätigungsdrang vollständig geschwunden war. Die Druckkurve der Schrift zeigt uns bei kleiner gewordenen Schriftzügen eine geringe Abnahme des Druckes, langsames Ansteigen und Erlöschen desselben und sehr erhebliche Verlangsamung des Schreibens, also eine höchst eigenartige Mischung der Veränderungen, die wir oben bei der manischen Erregung und bei der Hemmung kennen gelernt haben.

Allerdings finden wir so ausgeprägte Veränderungen der Drucklinien beim Schreiben durchaus nicht überall. Insbesondere haben die bisher in etwas größerem Umfange bei Depressionszuständen durchgeführten Untersuchungen gelehrt, daß wir hier die mannigfachsten Abstufungen von den Formen der Fig. B zu annähernd normalen Gestaltungen vorfinden. Kraft, Schnelligkeit und Ausgiebigkeit der Schreibbewegung kann wesentlich ungestört sein, während die Kranken sonst die Zeichen einer Willenshemmung deutlich darbieten. Es muß zur Zeit unentschieden gelassen werden, ob die schwereren Schreibstörungen besonders gekennzeichneten Zuständen eigentümlich, ob sie von dem Inhalte des Geschriebenen oder von der größeren oder geringeren Bedeutung der Willkürantriebe für den Ablauf der Schreibbewegung bei den einzelnen Personen abhängig sind.

Die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins sind regelmäßig auch von allerlei körperlichen Veränderungen begleitet. Bei weitem am auffallendsten sind die Störungen des Schlafes und des allgemeinen Ernährungszustandes. In der Manie ist der Schlaf bei stärkerer Erregung stets erheblich beeinträchtigt; bisweilen besteht sogar fast völlige, höchstens auf wenige Stunden unterbrochene Schlaflosigkeit, die Wochen, selbst Monate andauern kann. Auch in den leichteren Erregungszuständen kommen die Kranken spät zur Ruhe und sind schon sehr früh wieder munter, scheinen aber außerordentlich tief zu schlafen. In den Depressionszuständen ist der Schlaf trotz starken Schlafbedürfnisses meist empfindlich beeinträchtigt; die Kranken liegen stundenlang, von peinigenden Vorstellungen gequält, schlaflos im Bette, um nach wirren, ängstlichen Träumen am anderen Morgen mit wüstem Kopfe, abgeschlagen und ermattet zu erwachen. Sie stehen meist sehr spät auf, bleiben auch wohl tage- oder wochenlang ganz liegen, obgleich sie auch im Bette keine Erholung finden.

Die Eßlust ist bei manischen Kranken vielfach gesteigert, die Nahrungsaufnahme aber dennoch infolge der Hast und Unruhe unregelmäßig. In schwereren Krankheitszuständen verzehren die Kranken häufig alle möglichen unverdaulichen und ekelhaften Dinge; sie schlingen die Bissen herunter, ohne gehörig zu kauen, werfen das dargereichte Essen fort, schmieren damit herum, verschütten es. Deprimierte Kranke haben in der Regel wenig Neigung, zu essen, und pflegen die Nahrung nur mit Widerwillen und auf vieles Zureden zu sich zu nehmen. Ihre Zunge ist belegt, der Stuhlgang angehalten. Wilmanns und Dreyfus haben, innerhalb gewisser Grenzen wohl mit Recht, die Ansicht vertreten, daß die sogenannte „nervöse Dyspepsie" vielfach nur einen Ausdruck leichtester Depressionszustände darstelle. Einzelne Kranke klagen anfallsweise oder andauernd über starken Heißhunger, der eine Erscheinungsform der Angst zu sein scheint.

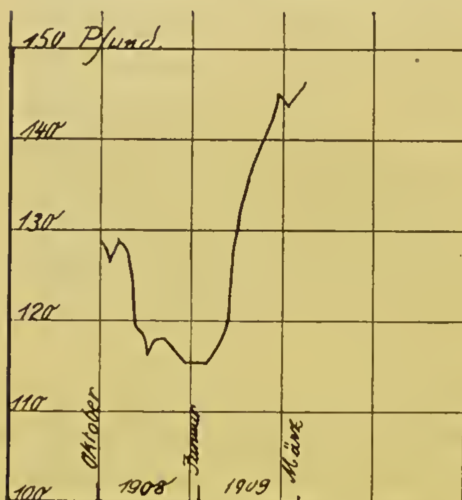


Fig. 218. Körpergewicht während eines manischen Anfalles.

Das Körpergewicht sinkt bei der Tobsucht stets sehr bedeutend, während es in hypomanischen Anfällen meist ansteigt. Ein Beispiel für den Gang des Körpergewichts während eines etwa 6 Monate dauernden Anfalles schwerer manischer Erregung bis zur Genesung gibt die Figur 218; mit dem Eintritte der Beruhigung steigt hier das Gewicht ganz erstaunlich schnell an, in einer Woche um 5 kg. Einen sich über mehr als 2 Jahre erstreckenden Verlauf lieferte die Figur 219. Man sieht hier, daß der tiefste Stand des Gewichtes schon nach etwa 6 Monaten erreicht war. Obgleich die manische Erregung von da ab noch nahezu ein Jahr in früherer Stärke andauerte, stieg das Gewicht doch mit kleinen Schwankungen stetig an, um erst in den letzten Wochen stillzustehen, wo sich ein unregelmäßiges Schwanken zwischen leicht manischen und depressiven Stimmungen herausgebildet hatte. Ein wesentlich anderes Bild bietet die in Figur 220 wiedergegebene Kurve dar; sie stammt von einem manischen Kranken, der nach

10 monatiger Behandlung in der Klinik genesen, vielleicht ein wenig deprimiert, entlassen werden konnte; er war schon vorher einige Monate krank gewesen. Wir erkennen hier vor dem letzten, raschen und beträchtlichen Anstiege der Kurve eine ganze Anzahl kleinerer,

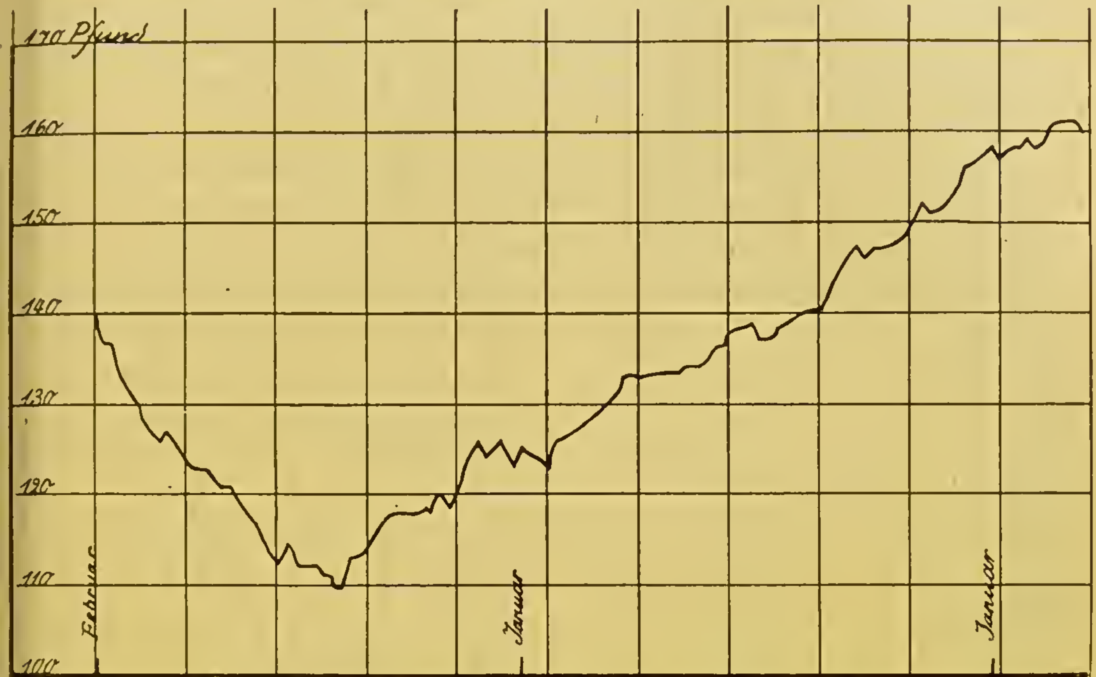


Fig. 219. Körpergewicht bei länger dauernder Manie.

zum Teil ziemlich regelmäßiger Schwankungen des Gewichtes, deren Höhepunkte jedoch weit unter dem später erreichten Stande bleiben. Im allgemeinen entsprachen diesen Schwankungen auch solche des psychischen Zustandes, doch erschien der Wechsel von erregteren und ruhigeren Zeiten für die klinische Betrachtung weit unregelmäßiger. Man hat hier etwa



Fig. 220. Starke Körpergewichtsschwankungen bei Manie.

den Eindruck, als ob sich der ganze Anfall aus einer Reihe von kleineren Einzelanfällen zusammengesetzt habe, eine Erscheinung, der man nicht so ganz selten begegnet; sie kann uns bei dem häufigen Zusammenschlusse verschiedenartig gefärbter Anfälle zu

einer Einheit, wie sie dem zirkulären Irresein den Namen gegeben hat, auch nicht sonderlich überraschen.

Ein etwas abweichendes, immerhin aber doch ähnliches Bild zeigt uns die nächste Figur 221. Hier handelte es sich um eine anfangs leichte, dann rasch schwerer werdende manische Erregung, der bald Beruhigung und Übergang in eine leichte Depression folgte. Diesem Abschnitte der Krankheit entspricht das erste Sinken und Wiederansteigen der Kurve. Die nun folgenden kleinen, sich freilich immer wieder ausgleichenden Senkungen mußten es zweifelhaft erscheinen lassen, ob der Anfall schon zum Abschlusse gelangt sei, und in der Tat erfolgte ganz plötzlich unter sehr raschem Abfalle des Körpergewichtes das Einsetzen eines schweren depressiven Stuporzustandes, an die sich dann die endgültige Genesung anschloß. Wir ersehen daraus, daß auch in den Depressionszuständen das Körpergewicht zu sinken pflegt, was, im Gegensatze zu der Manie, auch für die leichtesten Formen zuzutreffen pflegt. Ein eigenartiges Beispiel dafür bietet die Figur 222. Wir hatten es hier mit einem zunächst leichten, einfachen Depressionszustande zu tun, der sich unter Ansteigen des Körpergewichts nach etwa 3—4 Monaten langsam, aber nicht vollständig besserte. Daran schloß sich unvermittelt eine sehr schwere Depression mit abenteuerlichen Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, die nach weiteren 5 Monaten zu voller Genesung führte; diesem, bei der Entlassung anscheinend noch nicht ganz abgeschlossenen Anfalle entspricht die zweite starke Schwankung der Kurve.

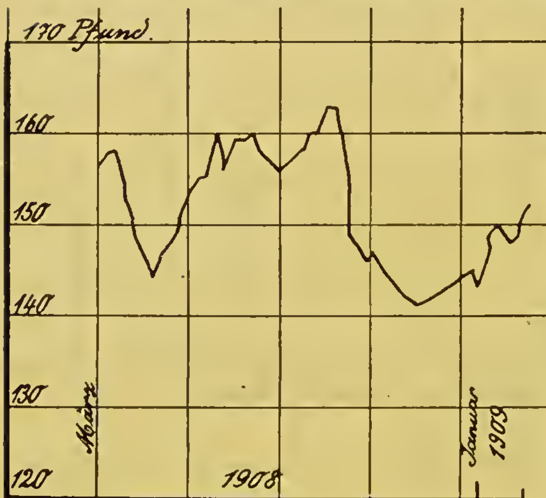


Fig. 221. Körpergewicht während eines zusammengesetzten Anfalles.



Fig. 222. Körpergewicht bei Depression.

Bei sehr schleppendem, sich über eine Reihe von Jahren hinziehendem Verlaufe von Depressionszuständen habe ich wiederholt starkes Ansteigen des Körpergewichts ohne erhebliche Besserung des psychischen Zustandes gesehen. Die Genesung erfolgte dann viel später, bisweilen, nachdem das Gewicht wieder nicht unerheblich gesunken war, ohne daß etwa ein manischer Zustand sich angeschlossen hätte. Eine Andeutung dieses Verhaltens kann man in der Figur 223 erkennen, wo trotz sehr starker Zunahme des Körpergewichts, das sich dauernd auf hohem Stande hielt, doch keine Genesung eintrat. Vielmehr war das psychische Verhalten des Kranken während dieser Zeit wesentlich schlechter, als bei seiner späteren Entlassung, wo er 4,5 kg leichter geworden war.

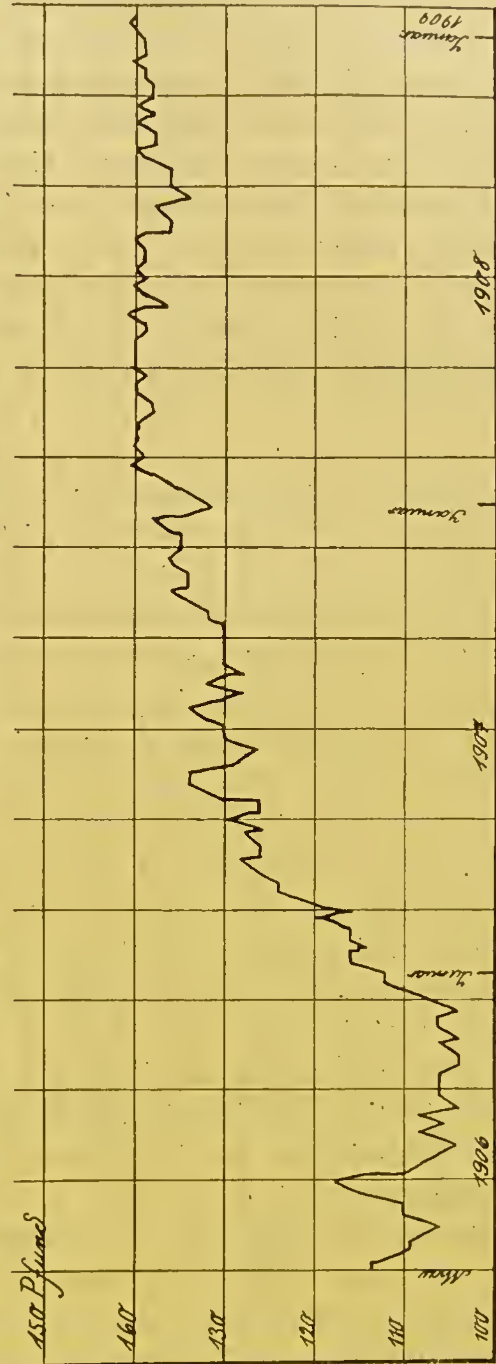


Fig. 223. Körpergewicht bei schleppend verlaufender Depression.

Dem Gange des Körpergewichtes entsprechend, pflegt auch der Allgemeinzustand der Kranken aufallende Wandlungen durchzumachen. In den hypomanischen Zeiten gewinnt die Haut frische Farbe und Spannung; die Bewegungen werden elastisch und kräftig; das spärlich gewordene Haar wächst nach, selbst mit verjüngtem Pigment. In den Depressionszuständen dagegen wird die Haut fahl, runzelig, welk, trocken, spröde, das Auge glanzlos; das Nägelwachstum stockt und

wird unregelmäßig, wie Falcida nachgewiesen hat; die Menses werden spärlich oder setzen aus; die Tränenabsonderung versiegt; der ganze Mensch erscheint vorzeitig gealtert.

Alle diese Veränderungen deuten darauf hin, daß sich im manisch-depressiven Irresein ausgeprägte Stoffwechselstörungen vollziehen müssen. Leider sind die Ergebnisse der über diese Frage ausgeführten Untersuchungen bisher noch ziemlich unbefriedigende. Mendel fand im Harn bei der Manie eine Abnahme des Phosphorgehaltes, während Guérin und Aimé die Ausscheidung von Kalk und Magnesia gesteigert sahen; in den Depressionszuständen soll sie herabgesetzt sein. Dem gegenüber konnte Seige keine Abweichungen im Mineralstoffwechsel feststellen. Er beobachtete in der Melancholie starke Neigung zur Aufspeicherung von Stickstoff, der dann plötzlich in größerer Menge ausgeschieden wurde. Die endogene Harnsäureausscheidung hält sich nach seinen Angaben bei depressiven Kranken an der unteren Grenze der Norm, ist dagegen bei manischen herabgesetzt. Hier schien es sich um abnorm raschen Abbau der Purinkörper zu noch niedereren Zerfallsstufen zu handeln. Lange ist zu der Ansicht gelangt, daß vermehrte Harnsäurebildung als die wesentliche Ursache der Depressionszustände anzusehen sei. Raimann konnte feststellen, daß sich in den Depressionszuständen alimentäre Glykosurie erzeugen ließ. Ebenso konnten Schultze und Knauer, wie bei anderen psychischen Krankheitsformen, so auch in den Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins das Auftreten alimentärer Glykosurie nachweisen, wahrscheinlich als Folgeerscheinung von Angst; sie fand sich besonders häufig in der Depression (67%), seltener (53%) in den Mischzuständen und in der Manie (19%). Hie und da wird Diabetes insipidus beobachtet; bei älteren Kranken sah ich öfters dauernde Zuckerausscheidung. Die Reduktionsfähigkeit des Harns fand Pini im allgemeinen erhöht, namentlich in der Manie, dagegen herabgesetzt in langdauernden Erregungszuständen.

Alberti untersuchte die Giftigkeit des Harns und Blutserums, ohne zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen. Pilcz konnte häufiger das Auftreten von allerlei abnormen Harnbestandteilen feststellen, Azeton, Diazetessigsäure, Indikan, Albumose, die bei den Anfällen derselben Kranken wiederkehrten, aber keine bestimmte Beziehung zu der Färbung der Stimmung erkennen

ließen. Taubert fand in der Manie Indikanurie, öfters schon 1—2 Tage vor Ausbruch der Erregung, während Seige das Indikan in der Erregung fast völlig aus dem Harn schwinden sah. Er beobachtete dagegen bei einem deprimierten Kranken eine ungemein starke Indikanausscheidung, die schon 2 Tage vor dem Umschlagen einer vorher bestehenden manischen Erregung begann und nicht von Stuhlverstopfung begleitet war. Auch Townsend konnte eine vermehrte Indoxylausscheidung nachweisen, die in den Depressionszuständen besonders stark ausgesprochen war und kurz vor dem Eintreten der psychischen Besserung zu schwinden begann. Anscheinend handelt es sich hier überall um die Folgen der beim manisch-depressiven Irresein so häufigen Darmstörungen. Hannard und Sergeant fanden in Depressionszuständen häufiger Cholämie.

Die von Fischer bei fünf manischen Kranken durchgeführten Blutuntersuchungen ergaben keine kennzeichnenden Veränderungen. Der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörper fanden sich häufig, diejenige der weißen fast immer vermehrt, vielleicht infolge der dauernden Erregung. Dumas berichtet über eine Abnahme der roten Blutkörperchen im Beginne der Manie, eine Vermehrung beim Einsetzen der Depression, Veränderungen, die sich dann im weiteren Verlaufe der Anfälle jeweils umkehren sollen. Die hämolytische Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörper gegenüber dem Serum anderer Kranker oder Gesunder fand Alberti in der Manie abgeschwächt, schwankend in den Depressionszuständen. Parhon und Urechie sahen in beiden Krankheitsabschnitten Zunahme der mononukleären Leukocyten.

Besonders auffallend sind vielfach die Veränderungen im Verhalten der Kreislauforgane. Ziemlich häufig finden sich Geräusche am Herzen, Verbreiterung der Dämpfung, erhöhte Erregbarkeit des Herzens, Neigung zu Wallungen, Erythemen, starkem Schwitzen, Dermatographie. Bei manischen Kranken ist das Gesicht öfters gerötet, die Bindehaut injiziert; einmal sah ich infolge anhaltenden Schreiens hochgradige Ausdehnung und Schlängelung der oberflächlichen Venen am Halse. In den Depressionszuständen pflegt die Gesichtsfarbe fahl, grau zu sein; die Lippen erscheinen öfters leicht cyanotisch, Hände und Füße kalt, blaß oder livide. Nicht ganz selten beobachtet man Andeutungen von Basedowerscheinungen,

weiche Schilddrüsenschwellung mit Pulsbeschleunigung, Zittern und reichlichem Schwitzen, hie und da auch einmal Exophthalmus. Gar nicht selten und in verhältnismäßig jugendlichem Alter pflegt sich Arteriosklerose einzustellen.

Über das Verhalten der Pulszahl und des Blutdruckes gehen die Angaben weit auseinander. Meist wird angenommen, daß der Puls in der Manie beschleunigt, in der Melancholie verlangsamt sei. Die an unserer Klinik von Weber durchgeführten Untersuchungen ergaben dagegen in Depressionszuständen, namentlich solchen mit Erregung, erhöhte Pulszahlen; bei lebhafter manischer Erregung fand sich ähnliches, während sich bei ruhigeren manischen Kranken die Häufigkeit des Herzschlages vielfach als normal und selbst etwas verlangsamt erwies. Den Blutdruck fand Pilcz in der Manie herabgesetzt, in der Melancholie erhöht, während Falcioli ihn in den Depressionszuständen sinken, nur beim Auftreten von Angst sich steigern sah. In der Manie beobachtet man infolge der raschen und ausgiebigen Erweiterung des Gefäßes bei jedem Herzschlage Pulse mit rasch ansteigendem, spitzem, steil abfallendem Gipfel und deutlicher Ausprägung der Rückstoßwelle, bei depressiven Kranken dagegen wegen der erhöhten Spannung niedrige, tarde Pulsformen mit wenig erhöhtem oder abgerundetem Gipfel und schwacher Ausbildung der Rückstoßwelle. Die mit neueren, vollkommeneren Hilfsmitteln durchgeführten Untersuchungen Webers bestätigten die Steigerung des Blutdruckes in den Depressionszuständen; sie war am stärksten bei der depressiven Erregung. Dagegen zeigte sich, daß er auch in der Manie, namentlich bei stärkerer Erregung, und im manischen Stupor häufig erhöht ist. Das Verhalten von Puls und Blutdruck pflegt dabei ziemlich genau den Änderungen des psychischen Zustandes zu entsprechen. Ein Bild davon gibt die Fig. 224, in der neben Pulszahl und Blutdruck, die zu den unten angegebenen Zeitpunkten mit Hilfe des Recklinghausenschen Verfahrens untersucht wurden, nebst den die normalen Durchschnittswerte andeutenden Querlinien auch der Gang des Körpergewichtes wiedergegeben ist. Man erkennt, wie Puls und Blutdruck nach anfänglichen Schwankungen mit dem die Besserung des Allgemeinzustandes begleitenden Ansteigen des Körpergewichtes allmählich zur Norm zurückkehren.

Die Atmung ist in den Erregungszuständen beschleunigt, bei

einfacher Depression und im Stupor verlangsamt; bei starker Angst beobachtet man bisweilen sakkadiertes oder stoßweises Atmen.

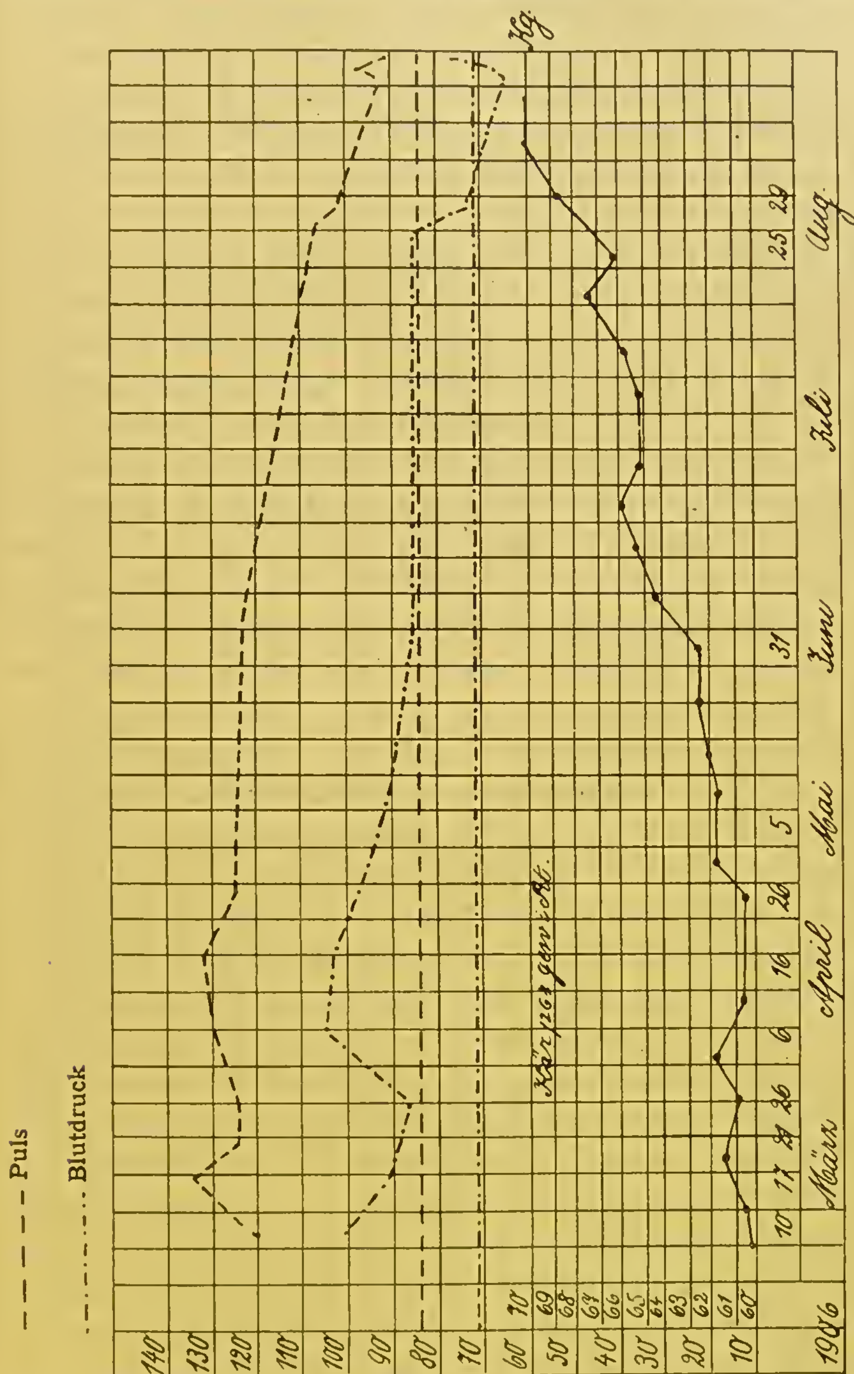


Fig. 224. Pulszahl, Blutdruck und Körpergewicht bei manischer Erregung.

Die Atmungsschwankungen an der Plethysmographenkurve fand Vogt besonders ausgeprägt bei manischen Kranken; auch bei

stärkerer Depression waren sie regelmäßig vorhanden. Die Körperwärme ist bei heftiger Erregung bisweilen hochnormal, in den schwereren Depressionszuständen öfters herabgesetzt. Die Menses setzen im Beginn des Anfalles, namentlich bei deprimirten Kranken, vielfach einige Zeit aus, um mit dem Eintritte der Genesung, bisweilen als deren erstes Anzeichen, wiederzukehren. Nicht selten beobachtet man während der Menses Verschlimmerung der Krankheitserscheinungen.

„Nervöse" Störungen aller Art pflegen besonders bei depressiven Kranken hervorzutreten. Abgesehen von den schon früher erwähnten Kopfschmerzen und den mannigfachen Mißempfindungen im Körper klagen die Kranken über Mattigkeit, Beklemmungsgefühle, Ohrensausen, Herzklopfen, Schaudern im Nacken, Schwere in den Gliedern. Die Sehnenreflexe sind häufig gesteigert. Weiler fand im allgemeinen einen steileren Anstieg der Reflexkurve, Verkürzung der Reflexzeit und starke Bremsung des Abfalls. Bei tiefer Depression und in Stuporzuständen nahm die Höhe des Ausschlags ab; in letzteren war die Reflexzeit verlängert. Die Pupillen sind nach Weilers Angaben häufiger erweitert, zeigen sonst aber keine nennenswerten Abweichungen.

Bei manchen Kranken schien mir eine besondere Empfindlichkeit gegen Witterungseinflüsse zu bestehen; sie fühlten namentlich beim Herannahen von Gewittern schon längere Zeit lebhaftes Unbehagen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Tatsache, daß bei unseren Kranken ganz auffallend oft Störungen beobachtet werden, die wir als hysterische zu bezeichnen pflegen. Dahin gehören vor allem Ohnmachten und Schwindelanfälle sowie ausgebildete hysterische Krampfanfälle, ferner choreaartige Schüttelkrämpfe, psychogenes Zittern, Singultus, Weinkrämpfe, Nachtwandeln, Abasie. Sodann finden sich Herabsetzung des Rachen- und Bindehautreflexes, Empfindungsstörungen verschiedener Umgrenzung, namentlich Analgesie, Patellar- und Fußklonus. Auch manche der mit Bewußtseinstrübung rasch verlaufenden deliranten Zustände scheinen, wie Imboden betont hat, hysterisch gefärbt zu sein. Eine nach dem Tode ihres Geliebten manisch gewordene Kranke fuhr einige Tage planlos herum, um ihren verstorbenen „Toni" zu suchen, und hatte nur eine sehr unklare Erinnerung an diese Reise; eine andere behauptete, überfallen und ver-

gewaltigt worden zu sein, meinte aber dann, sie könne doch nicht bestimmt sagen, ob es nicht ein Traum gewesen sei. Trotz der sehr unvollständigen Angaben, die bei der Art unseres Krankenmaterials über diese Krankheitszeichen vorlagen, ließen sie sich doch bei den Männern in 13—14%, bei den Frauen in etwa 22% nachweisen, vorzugsweise bei den jüngeren Lebensaltern. In einigen wenigen Fällen waren auch Anfälle epileptischer Art zu verzeichnen, zum Teil von uns selbst beobachtet. Endlich traten, besonders bei den Männern und in höherem Lebensalter, hie und da organisch bedingte Störungen auf, Schlaganfälle mit oder ohne nachfolgende Lähmung, vorübergehender Verlust der Sprache, rindenepileptische Anfälle. Meist handelte es sich hier um die Verbindung mit Arteriosklerose, öfters auch mit Lues. —

Die Darstellung der einzelnen klinischen Zustandsbilder, in denen das manisch-depressive Irresein aufzutreten pflegt, wird zunächst von dem augenfälligen Gegensatze zwischen manischen und depressiven Erkrankungsanfällen auszugehen haben. Daran schließen sich dann als dritter Formenkreis die aus Bestandteilen anscheinend einander entgegengesetzter Bilder sich zusammensetzenden Mischzustände. Endlich werden wir noch die unscheinbaren, auch in den Zwischenzeiten zwischen den ausgeprägten Anfällen fortbestehenden Veränderungen des Seelenlebens ins Auge zu fassen haben, in denen die allgemeine psychopathische Grundlage des manisch-depressiven Irreseins zum Ausdrucke kommt. Es muß jedoch von vornherein betont werden, daß die Abgrenzung der einzelnen klinischen Erscheinungsformen des Leidens in vieler Hinsicht eine durchaus künstliche und willkürliche ist. Die Beobachtung ergibt nicht nur das Vorkommen fließender Übergänge zwischen allen den verschiedenen Zustandsbildern, sondern sie zeigt auch, daß binnen kürzester Frist der gleiche Krankheitsfall die mannigfaltigsten Wandlungen durchlaufen kann. Die hier gegebene Formenlehre kann demnach nur als ein Versuch betrachtet werden, die Fülle des Erfahrungsstoffes ganz im groben einigermaßen übersichtlich zu ordnen.

Manische Zustände. Die leichtesten Formen der manischen Erregung pflegt man als „Hypomanie", Mania mitis, mitissima, auch wohl, aber unzweckmäßig, als Mania sine delirio zu bezeichnen. Die Franzosen haben von einer „Folie raisonnante", einem Irre-

sein ohne Verstandesstörung, gesprochen. In der Tat erscheint die Besonnenheit, die Auffassungsfähigkeit, das Gedächtnis der Kranken im allgemeinen ungestört. Die geistige Regsamkeit, die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit ist sogar nicht selten gesteigert; die Kranken können aufgeweckter, scharfsinniger, leistungsfähiger erscheinen, als früher. Namentlich ist es die Gewandtheit in der Erfassung entfernter Ähnlichkeiten, die nicht selten den Hörer überrascht, weil sie den Kranken zu witzigen Wendungen und Einfällen, Wortspielen, verblüffenden, wenn auch bei genauerer Betrachtung meist wenig stichhaltigen Vergleichen und ähnlichen Leistungen der Einbildungskraft befähigt. Dennoch ist auch bei den leichtesten Graden der Störung der Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, die Unfähigkeit zur folgerichtigen Durchführung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logischen Verarbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe, unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum anderen außerordentlich bezeichnend. Allerdings wissen die Kranken nicht selten mit einiger Anstrengung diese Erscheinungen vorübergehend zu verwischen und die Herrschaft über ihren zügellos gewordenen Vorstellungsverlauf noch für einige Zeit wiederzugewinnen; in Schriftstücken und namentlich in den oft eifrig betriebenen Reimereien pflegt dann doch eine leichte Ideenflucht regelmäßig deutlich hervorzutreten. Vorübergehend kann sich übrigens auch bei diesen leichten Formen stärkere Erregung und Verwirrtheit einstellen.

Die Erinnerung an die jüngsten Erlebnisse ist nicht immer treu, sondern wird vielfach durch eigene Zutaten gefärbt und ergänzt. Der Kranke läßt sich in seinen Erzählungen leicht zu Übertreibungen und Verdrehungen hinreißen, die zum Teil schon einer schiefen Auffassung, zum Teil aber auch nachträglicher Umdeutung entspringen, ohne daß deren Willkürlichkeit ihm selbst klar zum Bewußtsein kommt. Obgleich daher eigentliche Wahnbildungen fehlen, begegnet uns doch regelmäßig eine stark übertriebene Selbstschätzung. Der Kranke prahlt mit seinen vornehmen Bekanntschaften, seinen Heiratsaussichten, gibt sich für einen Grafen, für einen „Doktor wegen seiner Verdienste um den Staat“ aus, will „alles nobel haben“, spricht von Erbschaften, die er zu erwarten habe, läßt sich Visitenkarten mit einer Krone drucken; eine Dame unterzeichnete ihre Briefe als „Athene“. Eine Klosterschwester

erzählte, bei ihrer Geburt habe sich ein Wunder zugetragen; sie habe übernatürliche Gaben, werde den Orden reformieren. Mit beredten Worten rühmt der Kranke seine Leistungen und Fähigkeiten; er versteht alles am besten, bespöttelt das Treiben anderer mit vornehmer Geringschätzung und verlangt besondere Anerkennung für seine eigene Person; er ist ein „ausgezeichneter Dichter, Redner, Witzemacher und Geschäftsmann", ein „frischer Kerl", kann arbeiten wie ein Wilder, manchen Professor und Diplomaten ersetzen. Ein Kranker, dem sein Betteln vorgehalten wurde, erklärte stolz: „Der Bettler ist der wahre König."

Von einer Krankheitseinsicht ist in der Regel gar keine Rede; auch durch den Hinweis auf frühere Anfälle, die er während der traurigen Verstimmung vielleicht ganz richtig beurteilte, läßt sich der Kranke keinen Augenblick von der wahren Natur seines Zustandes überzeugen. Im Gegenteil fühlt er sich gesünder und leistungsfähiger, als jemals, hat „einen kolossalen Arbeitsgeist", ist „furchtbar lebenslustig", höchstens etwas erregt durch die unwürdige Behandlung. Die Beschränkung seiner Freiheit betrachtet er als einen schlechten Witz oder als eine unverzeihliche Kränkung, die er auf Quertreibereien seiner Angehörigen oder sonst ihm feindlich gesinnter Personen zurückführt, und zu deren Beseitigung und Sühne er gesetzliche Maßregeln zu ergreifen droht. Nicht er, sondern diejenigen seien geisteskrank, die seine geistige Überlegenheit, seine Begabung nicht zu würdigen verständen und ihn durch aufreizende Reibereien in Erregung zu versetzen suchten. Man wird durch dieses Verhalten an die Erfahrungen erinnert, die man so häufig über die Selbsttäuschungen Angetrunkener zu machen Gelegenheit hat.

Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend gehoben, heiter, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflußt. Er ist in unverwüstlich guter Laune, siegesbewußt, „kuragiert", fühlt sich glücklich und froh, nicht selten in überschwänglicher Weise, wacht jeden Morgen „mit goldenem Humor" auf. Er sieht sich von lieben, edlen Menschen umgeben, findet volle Befriedigung in den Genüssen der Freundschaft, der Kunst, der Humanität; er will alle Menschen beglücken, das soziale Elend beseitigen, seine Umgebung bekehren. Meist bildet sich eine übermütige, ausgelassene, zu allen möglichen Streichen geneigte Stimmung heraus. Bisweilen entwickelt sich ein ausgeprägt humoristischer Zug, die Neigung, allen

Dingen und Ereignissen die scherzhafte Seite abzugewinnen, Spitznamen zu erfinden, sich selbst und andere lustig zu verspotten. Ein Kranker bezeichnete sich als „reinrassigen Berufsnarren"; ein anderer erklärte die Klinik für eine „Nervenruinieranstalt"; ein dritter gab an, er sei „Dichter, Viehtreiber, Schriftsteller, Kesselflicker, Lehrer, Volksreformator, Oberanarchist und Detektiv". Auf der anderen Seite besteht oft genug eine große gemütliche Reizbarkeit. Der Kranke ist unzufrieden, unduldsam, nörgelnd, namentlich im Verkehr mit Nahestehenden, wo er sich gehen läßt; er wird anspruchsvoll, rechthaberisch, rücksichtslos, patzig und selbst roh, wo er mit seinen Wünschen und Neigungen auf Widerstand stößt; geringfügige äußere Anlässe können ungemein heftige Zornesausbrüche herbeiführen. In seiner Wut prügelt er Frau und Kinder, droht, alles kurz und klein zu schlagen, über den Haufen zu rennen, das Haus anzuzünden, schimpft in den kräftigsten Ausdrücken über die „Sippschaft" seiner Angehörigen, namentlich unter gleichzeitigem Einflusse des Alkohols. Das innere Gleichgewicht des Kranken ist verloren gegangen; er läßt sich gänzlich durch augenblickliche Eindrücke und Gemütsbewegungen leiten, die sofort die Herrschaft über seine Stimmung und seinen erregten Willen erlangen. Seine Handlungen tragen daher vielfach das Gepräge des Triebartigen, Unüberlegten und — wegen der geringen Störung des Verstandes — des Unsittlichen.

Was vor allem auffällt, ist seine erhöhte Geschäftigkeit. Der Kranke fühlt das Bedürfnis, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Da er keine Ermüdung kennt, ist er Tag und Nacht in Tätigkeit; die Arbeit wird ihm sehr leicht; die Ideen fließen ihm zu. Es duldet ihn nicht lange im Bett; in aller Frühe, um 4 Uhr bereits, steht er auf, räumt alle Rumpelkammern auf, erledigt rückständige Angelegenheiten, unternimmt Morgenspaziergänge, Ausflüge. Er beginnt, Gesellschaften, Vergnügungen mitzumachen, viele und lange Briefe zu schreiben, ein Tagebuch zu führen, viel zu musizieren, zu schriftstellern. Namentlich die Neigung zum Reimen (Briefe!) pflegt sich stark geltend zu machen. Ein einfacher Bauer gab seine ideenflüchtigen Reimereien im Selbstverlage heraus; eine junge Dame verfaßte bei ihrem Scheiden aus der Anstalt ein humoristisches Testament in Knittelversen und ließ es drucken. Sein Betätigungsdrang

veranlaßt den Kranken, seine Möbel umzustellen, entfernte Bekannte zu besuchen, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Politik, die Universalsprache, die Luftschiffahrt, die Frauenfrage, öffentliche Angelegenheiten aller Art und deren Verbesserungsbedürftigkeit beschäftigen ihn. Ein Arzt kündigte Vorträge über ,,Erbsünde, Genesis, Zuchtwahl und Auslese" an; ein anderer Kranker fuhr mit einer Droschke herum und verteilte Heiligenbilder. Der Kranke knüpft zahlreiche Verbindungen an, zahlt plötzlich ohne Nötigung sämtliche Geschäftsschulden, macht großartige Geschenke, baut allerlei Luftschlösser und stürzt sich mit rascher Begeisterung in gewagte, seine Kräfte weit übersteigende Unternehmungen. Er läßt von seinem Dörfchen 16 000 Stück Ansichtspostkarten drucken, sucht einen Negerknaben aus Kamerun zu adoptieren. Ein Kranker erbot sich plötzlich, der Polizei einen lange gesuchten politischen Verbrecher sofort zur Stelle zu schaffen, verlieh dabei dem Beamten in scherzhafter Weise eine Phantasieuniform, lud durch die Zeitung ,,die ganze Hautevolée" zum Ballfest in einem Aussichtshäuschen ein.

Die wirkliche Arbeitsfähigkeit des Kranken erleidet dabei regelmäßig eine erhebliche Einbuße. Er hat keine Ausdauer mehr, läßt das Angefangene halbfertig liegen, ist liederlich und sorglos in der Ausführung, tut nur, was ihm zusagt, vernachlässigt seine eigentlichen Aufgaben. Ein Kranker verbrachte seine ganze Zeit mit Heiratsplänen, Zeitungslesen, Spazierengehen und Kegelschieben. ,,Er ist übergeschäftig", hieß es von einem andern, ,,bringt aber weniger fertig, als früher". Wie es ihm gerade einfällt, unternimmt der Kranke unnötige Reisen, treibt sich herum, fährt spazieren, versetzt seine Uhr, leiht Geld zusammen, macht zwecklose Einkäufe und Tauschgeschäfte, auch ohne einen Pfennig in der Tasche, weil jeder neue Gegenstand seine Begierde reizt. Selbst der gelegentliche Diebstahl und die Übervorteilung wird in dieser krankhaften Lust am Besitz bisweilen nicht gescheut, um das Gewünschte zu erlangen. Ein Kranker verlangte nachdrücklich eine Gehaltserhöhung und drohte dabei, die Feuerwehr zu alarmieren, um das Volk auf seine Lage aufmerksam zu machen. Eine Kranke wog sich in den Geschäften zu viel ab; eine andere trank fremde Gläser leer.

Im äußeren Benehmen des Kranken macht sich gewöhnlich

das gehobene Selbstgefühl, die Sucht, hervorzutreten, dann aber Unruhe und Unstetigkeit bemerkbar. Er kleidet sich gegen seine sonstige Gewohnheit nach der neuesten Mode, wenn auch vielleicht nachlässig, trägt „einen Hut wie Bismarck", steckt sich Blumen ins Knopfloch, begießt sich mit Wohlgerüchen; eine Kranke ließ sich elfmal hintereinander frisieren. Der Kranke führt überall das Wort, mischt sich ein, drängt sich bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund, macht trotz tiefer Trauer geräuschvolle Vergnügungen mit, deklamiert öffentlich, zeichnet hohe Beiträge bei Sammlungen, sucht aller Augen auf sich zu lenken, Eindruck zu machen, ergeht sich in Absonderlichkeiten. Ein Kranker bezeichnete sich als „ein Konglomerat aller Leidenschaften, Sadist, Masochist, Fetischist, Onanist". Häufig fällt der Kranke durch allerlei Unfug auf; er bringt in der Nacht ein Posaunenständchen, übernachtet auf Bänken im Freien, spaziert im Frack mit selbstverfertigten Orden einher, nimmt ein Bad in den Kleidern, führt militärische Übungen mit einem Besen aus, geht segnend auf der Straße herum, macht ohne Anlaß einen Besuch beim Erzbischof. Eine Kranke ahmte einen hysterischen Anfall nach; eine andere führte eine kleine Theaterszene auf, gab scheinbar allerlei häusliche Anweisungen, telephonierte nach Fleisch, geriet in Streit mit dem Telephonfräulein, äußerte sich sehr entrüstet über deren angebliche Nachlässigkeit; eine dritte las aus der Zeitung allerlei erfundene, unsinnige Dinge vor.

In Gesellschaft benimmt sich der Kranke sehr ungeniert, läßt sich Verstöße gegen Anstand und Sitte zuschulden kommen, erzählt gewagte Witze vor Damen, führt schnodderige Reden, nimmt sich mit lustigem Übermute unpassende Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höherstehende Personen heraus, schließt mit dem ersten Besten Freundschaft und Duzbrüderschaft. Ein Bauernmädchen begann ihrer Umgebung alle ihre „Schlechtigkeiten", namentlich ihren Genossinnen die unehelichen Kinder vorzuhalten. Infolge seines Mutwillens und seiner Reizbarkeit gerät der Kranke in vielfache Zwistigkeiten mit seiner Umgebung und der öffentlichen Ordnung; er beleidigt Beamte, fordert vom Arzte kavaliermäßige Genugtuung, begeht Zechprellereien, wird von seinen Vorgesetzten zur Rechenschaft gezogen und gemaßregelt. Ein Schüler, der einen Streit mit Bauern hatte, forderte sie auf Pistolen, überreichte ihnen seine Karte und schoß dann in die Luft; er drohte, seinen Direktor,

der gegen ihn eine Strafe verhängt hatte, zu erschießen. Manche Kranke verwickeln sich in Rechtsstreitigkeiten, die sie mit großer Leidenschaftlichkeit und in den schärfsten Formen durch alle Instanzen durchführen; sie werden wegen ihrer umfangreichen, von Selbstgefühl, Beleidigungen und kühnen Behauptungen strotzenden Eingaben leicht für Querulanten gehalten, bis sie dann mit dem Eintritte der Beruhigung oder gar mit dem Umschlag in Depression reuevoll den Rückzug antreten.

Besonders verhängnisvoll pflegt dem Kranken die Neigung zu Ausschweifungen zu werden. Er fängt an, sich häufig zu betrinken, unsinnig zu spielen, die Nächte auszubleiben, sich in Bordellen und zweifelhaften Wirtschaften herumzutreiben, übermäßig zu rauchen und zu schnupfen, stark gewürzte Speisen zu essen. Wo derartige Erregungen häufig eintreten und von sehr kurzer Dauer sind, kann ein der Dipsomanie sehr ähnliches Bild entstehen.

Die geschlechtliche Erregbarkeit erfährt eine erhebliche Steigerung. Ein älterer, sonst sehr eingezogen lebender Familienvater begann mit den Kunstfechterrinnen eines Zirkus Champagner zu trinken; ein anderer suchte in die Kammer der Köchin einzudringen und entschuldigte sich auf Vorhalt mit seinem „Johannistrieb". Frauen beginnen, sich auffallend zu kleiden, künstliche Frisuren zu tragen, sich flott zu benehmen, zweideutige Reden zu führen, Bälle zu besuchen, zu tändeln, wahllos Liebesverhältnisse anzuknüpfen, schlüpfrige Romane zu lesen. Ein junges Mädchen versetzte ihre Kleider, um sich einen Maskenanzug beschaffen und mit einem fremden Herrn auf den Ball gehen zu können; eine Frau machte sich an den Genitalien ihres 16jährigen Sohnes zu schaffen, schlug den im Bette liegenden Gesellen die Decke zurück. Eine andere Kranke erließ in diesem Zustande regelmäßig Heiratsgesuche, die schließlich den Erfolg hatten, daß sie unter Beihilfe eines Vermittlers tatsächlich mit einem wenig vertrauenswürdigen Menschen die Ehe einging. Eine verheiratete Dame faßte in jedem manischen Anfalle eine heiße Leidenschaft zu irgendeiner männlichen Person ihrer Umgebung, zuletzt zu einem 30 Jahre jüngeren, in jeder Beziehung weit unter ihr stehenden Menschen, und überschüttete diese Geliebten trotz deren ablehnender Haltung mit den glühendsten Liebeswerbungen. Eine andere begann einen Lehrer mit über-

schwänglichen Versen anzudichten; ein Dienstmädchen belästigte einen Hauptmann mit zahlreichen Liebesbriefen, die sie mit „Ihre Braut" unterzeichnete, und suchte auf alle Weise zu ihm zu dringen. Unbegreifliche Verlobungen, auch Schwängerungen sind in diesen Zuständen nicht selten; ich kenne Fälle, in denen sich das Einsetzen der Erregung mehrfach durch eine plötzliche Verlobung ankündigte; „jedes Kind hat einen anderen Vater", erklärte eine Kranke. Aus diesem Treiben entwickeln sich natürlich ernstliche eheliche Zwistigkeiten. Eine Frau erklärte, sie wolle Ehebruch treiben, um von ihrem Manne geschieden zu werden. Andere werden eifersüchtig, behaupten, der Mann gebe sich mit zahllosen Frauenzimmern ab, wolle sie deswegen in die Irrenanstalt sperren.

Alle seine auffallenden und unsinnigen Handlungen weiß der Kranke mit außerordentlicher Spitzfindigkeit zu begründen; um einen Entschuldigungs- und Erklärungsgrund ist er nie in Verlegenheit. Die Bemühungen seiner Angehörigen, ihn zu beruhigen, erweisen sich daher nicht nur als erfolglos, sondern sie reizen ihn nur und führen leicht zu heftigen Zornausbrüchen. In der Anstalt drängt der Kranke meist vom ersten Tage an auf Entlassung, führt seine Heftigkeit ausschließlich auf die ungerechte Freiheitsberaubung zurück, erklärt die Ärzte kurzerhand für „verrückt", hält ihnen ihre Unfähigkeit vor und verlangt, von anderen Autoritäten untersucht zu werden. Einer meiner Kranken wußte seine Frau dahin zu bringen, daß sie ihm gegen meinen Rat die Übersiedelung in eine andere Anstalt zugestand. Auf der ganz kurzen Reise übernahm er jedoch selbst die Führung, fuhr seiner Frau davon und begab sich nach Berlin, um sich von einem Arzte untersuchen zu lassen, der sich in der Gesunderklärung Geisteskranker einen gewissen Ruf erworben hat.

Die Ausdrucksbewegungen der Kranken sind in der Regel lebhaft und leidenschaftlich. Sie sprechen viel, hastig, laut, mit großem Wortschwall, weitschweifig, abspringend, in gesuchten, hochtrabenden Wendungen, mit besonderer Betonung, von sich selbst oft in der dritten Person, um sich in das rechte Licht zu setzen. Witzeleien, Wortspiele, Kraftausdrücke, Zitate, fremdsprachige Einschiebsel spielen eine große Rolle; dazwischen kommt es gelegentlich zu heftigem Schimpfen und Fluchen oder zu gerührtem Weinen. Die Schrift zeigt große, anspruchsvolle Züge, viele Aus-

rufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen neben Flüchtigkeiten in der äußeren Form. Manche Kranke verfassen ideenflüchtige, gereizte, überschwängliche oder humoristische Schriften, in denen sie ihre Familienangelegenheiten auskramen, Gesundheitserklärungen erbitten und den Schutz der öffentlichen Meinung anrufen.

Die Mannigfaltigkeit dieses Krankheitsbildes im einzelnen ist trotz aller gemeinsamen Züge eine sehr große. Je leichter der eigentliche Krankheitsvorgang den Menschen berührt, desto mehr muß ja seine persönliche Eigenart in der Gestaltung der Krankheitserscheinungen mit zur Geltung kommen. Namentlich in der Art und Heftigkeit der gemütlichen Regungen machen sich die Verschiedenheiten bemerkbar. Während manche Kranke in dieser Zeit liebenswürdig, gutmütig, lenksam, umgänglich sind und höchstens durch ihre Ruhelosigkeit für die Umgebung störend werden, sind andere wegen ihrer Reizbarkeit, ihrer Herrschsucht und ihres rücksichtslosen Tatendranges außerordentlich schwierig und unangenehm. Gerade die eigentümliche Mischung von Besonnenheit mit tobsüchtigem Handeln, vielfach auch eine große Anstaltserfahrung macht sie überaus erfinderisch in Mitteln, ihre zahlreichen Gelüste zu befriedigen, die Umgebung zu hintergehen, sich allerlei Vorteile zu verschaffen, fremdes Eigentum in ihren Besitz zu bringen. Ihre Mitkranken pflegen sie bald vollständig zu beherrschen, sie auszubeuten, dem Arzte in Kunstausdrücken über sie zu berichten, sie zu bevormunden und in Schach zu halten.

Von den hier geschilderten, leichteren Formen der Manie führen unmerkliche Übergänge allmählich hinüber zu dem Krankheitsbilde der eigentlichen Tobsucht. Der Beginn der Erkrankung ist regelmäßig ein ziemlich plötzlicher; höchstens gehen Kopfschmerzen, Mattigkeit, Arbeitsunlust oder Vielgeschäftigkeit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit dem Ausbruche der stürmischeren Erscheinungen einige Tage oder Wochen voraus, wenn nicht, wie sehr häufig, ein ausgeprägter Depressionszustand die Einleitung gebildet hat. Die Kranken werden rasch unruhig, zusammenhanglos in ihren Reden und begehen allerlei auffallende Handlungen. Sie laufen im Hemd aus dem Hause, im Unterrock in die Kirche, nächtigen in einem Kornacker, verschenken ihr Eigentum, stören den Gottesdienst durch Schreien und Singen, knien und beten auf

der Straße, schießen im Wartesaal eine Pistole ab, tun Soda und Seife in die Speisen, suchen in die Residenz einzudringen, werfen Gegenstände zum Fenster hinaus. Eine Kranke sprang aus Spaß in den Wagen eines Prinzen; eine andere läutete nachts in einer Apotheke an, da sie vergiftet worden sei; eine dritte kam im Ballanzuge in die Sprechstunde des Arztes und in die Kirche. Ein Kranker nahm in Wirtschaften fremdes Eigentum an sich; ein anderer erschien im Justizpalast, um dort einen Mörder zu fangen; noch ein anderer behauptete, einem anarchistischen Anschlage auf der Spur zu sein.

In der Regel muß daher schon nach wenigen Tagen die Verbringung in die Anstalt erfolgen. Hier erweisen sich die Kranken als besonnen und annähernd orientiert, aber außerordentlich ablenkbar in ihrer Auffassung und ihrem Gedankengange. Manchmal ist es ganz unmöglich, sich mit ihnen in Verbindung zu setzen; in der Regel jedoch verstehen sie eindringliche Anreden, geben auch einzelne zutreffende Antworten, lassen sich aber durch jeden neuen Eindruck beeinflussen, schweifen ab, kommen vom Hundertsten ins Tausendste, kurz, zeigen mehr oder weniger entwickelte Ideenflucht, wie wir sie früher eingehend geschildert haben.

Sehr gewöhnlich werden flüchtige Wahnvorstellungen geäußert, meist in mehr scherzhafter Weise. Der Kranke behauptet, aus adliger Familie zu stammen, Privatier zu sein, bezeichnet sich als ein Genie, als Kaiser Wilhelm, den Kaiser von Rußland, Christus, kann den Teufel austreiben; ein Kranker schrie plötzlich auf der Straße, er sei der Herrgott; der Teufel sei von ihm gewichen. Weibliche Kranke haben 80 echte Brillanten, sind Sängerin, erste Geigenkünstlerin, Königin von Bayern, Tochter des Regenten, Jungfrau von Orleans, Märchenfee; sie sind in der Hoffnung, werden sich mit dem heiligen Franziskus verloben, den Judenerlöser, den Messias gebären. Der heilige Josef lag neben ihnen im Bette; der Papst und der König kommen zu ihnen; Christus lebt in ihnen wieder auf. Eine Kranke behauptete, sie sei das Jesuskind und 3 Jahre alt. Vielfach geht auch die Klarheit über die eigene Lage und den Aufenthaltsort verloren; die Personen werden verkannt, öfters in spielerischer Weise. Hier und da wird über einzelne Sinnestäuschungen berichtet. Die Kranken sehen Reiter in den Wolken, Heilige, ein totes Kind, unterhalten sich mit ihrem verstorbenem Vater, mit der Mutter Gottes, fühlen sich von außen beeinflußt.

Bisweilen bringen die Kranken allerlei abenteuerliche Erzählungen vor; eine Kranke behauptete, überfallen und mißbraucht worden zu sein, meinte aber dann, sie könne doch nicht schwören, daß es kein Traum gewesen sei. Manche Kranke haben ein gewisses Krankheitsgefühl, machen sich zeitweise über die von ihnen vorgebrachten Ideen lustig. Auch große Wünsche und Pläne werden entwickelt. Der Kranke will Erfindungen machen, Häuser kaufen, eine Professorentochter mit großer Mitgift heiraten, die Universität beziehen, hat schon den Doktortitel. Er hofft, die ganze Brust voll Orden zu bekommen, will Kranke durch Hypnotisieren heilen, dafür sorgen, daß alle in den Himmel kommen, das Strafgesetzbuch nach religiösen Grundsätzen reformieren. Eine Kranke verlangte ein Fahrrad, „mit Lilien verziert", zu kaufen; andere fordern Brillantohrringe, teure Kleider.

Die Stimmung ist ausgelassen, lustig, übermütig, bisweilen schwärmerisch, überschwänglich, immer aber vielfach wechselnd, leicht in Gereiztheit und Zornmütigkeit oder auch in Wehklagen und Weinen umschlagend. Solche Stimmungsschwankungen läßt sehr deutlich der folgende Brief einer manischen Kranken erkennen:

„Wenn ich an mein unartiges Betragen denke, das ich Ihnen gegenüber beim letzten Besuch hatte, so weiß ich nicht, wie ich es gut machen soll. Ich bitte Sie herzlich um Verzeihung; soweit es in meiner Macht liegt, wird so etwas nicht mehr vorkommen. Wie ich nun einsehe, hätte ich Ihnen Antwort geben sollen und ich tat es nicht. O mein Gott, wie unhöflich! |

So gern möcht ich nun offen sein,
Doch längst hab' ich's gefühlt,
Daß niemand mich versteht, allein,
Nur ich empfind', wie's wühlt.
Das Leiden, das ich hab' in mir,
O Gott, ich frag', warum,
Das weißt Du nicht, ich gab es Dir.

Und Du fragst noch so dumm. Wen der Herr lieb hat, den züchtigt er. Dein Wille geschehe. | Und wenn der Herr züchtigt! Dann sticht Er! Aber ich muß halten. — | Der Himmel ist blau! Das Wetter ist schön! Herr Professor, ich möchte spazieren gehn. Wenn es nicht für mich gut ist, so füge ich mich."

An den abgeteilten Stellen begann immer eine neue Seite; von dem Inhalte der ersten wurde etwa die Hälfte als unwesentlich fortgelassen. Man bemerkt, wie die nach einem heftigen Erregungszustande auftauchende reuige Zerknirschung auf der zweiten Seite

durch die Unterbrechung beim Umschlagen des Blattes in andere depressive Vorstellungskreise abgelenkt wird, wie aber nun zugleich in der gereimten Form und auch in der Selbstverspottung am Schlusse die manische Erregung sich geltend macht. Von hier ab beginnen die Schriftzüge flüchtig, groß und anspruchsvoll zu werden, so daß die wenigen folgenden Worte mit ihren wiederholten Ausrufungs- und Fragezeichen die ganze Seite bedecken. Zugleich schwenkt der Gedankengang von den religiösen Vorstellungen auf den blauen Himmel und in gereimter Form auf das Spazierengehen ab. Die Schlußworte sind offenbar ruhiger und in kleinerer Schrift hinzugefügt.

Bei den geringfügigsten Anstößen kann es zu Wutausbrüchen von ungemeiner Heftigkeit kommen, zu wahren Hochfluten von überlautem Schimpfen und Brüllen, zu gefährlichen Drohungen mit Erschießen und Erstechen, zu blindem Zerstören und Angreifen. Das weibliche Geschlecht ist zu solchen Ausbrüchen ungleich mehr geneigt, als das männliche. Die geschlechtliche Erregung macht sich in unflätigen Reden, Herandrängen an jugendliche Kranke, schamlosem Onanieren, beim weiblichen Geschlecht auch im Duzen der Ärzte, Aufputzen, Auflösen der Haare, Salben mit Speichel, häufigem Ausspucken, Schimpfen in unanständigen Ausdrücken sowie in geschlechtlichen Verdächtigungen des Wartpersonals Luft; eine Kranke winkte den Soldaten aus dem Fenster.

Das Benehmen der Kranken ist in der Regel ungeniert, selbstbewußt, ungebärdig oder zutunlich, aufdringlich. Sie laufen hinter dem Arzte her, reden überall dazwischen, lassen sich ablenken, durch Zureden beeinflussen, ahmen andere Kranke nach, zeigen nicht selten Andeutungen von Befehlsautomatie, wehren Stiche nicht ab. Oft genug aber sind die Kranken auch ablehnend, schnippisch, unzugänglich, widerstreben, verkriechen sich, schließen die Augen, halten die Finger vors Gesicht, um zwischen ihnen hindurchzublinzeln. Manche Kranke befolgen keine Aufforderungen, handeln absichtlich verkehrt; eine Kranke reichte beim Gruße den Zeigefinger, eine andere den Fuß statt der Hand. Beherrscht wird das Krankheitsbild durch die rasch wachsende Willenserregung, die in ihrer Triebartigkeit und Bestimmbarkeit sehr an diejenige der Alkoholvergiftung erinnern kann; eine Kranke benahm sich nach der Schilderung ihrer Umgebung „wie ein rauschener Mann“.

Der Kranke kann nicht lange still sitzen oder liegen, springt aus dem Bett, läuft herum, hüpft, tanzt, steigt auf Tische und Bänke, hängt Bilder ab. Er drängt hinaus, entkleidet sich, neckt die Mitkranken, taucht, plätschert und spritzt im Bade, poltert, schlägt auf den Tisch, beißt, spuckt, piepst und schnalzt. Diese Willensäußerungen pflegen im allgemeinen das Gepräge natürlicher, wenn auch vielfach verstümmelter und sich überstürzender Ausdrucksbewegungen und Handlungen zu zeigen. Dazwischen schieben sich jedoch vielfach auch Bewegungen, die lediglich als Entladungen der inneren Unruhe angesehen werden können, Wackeln des Oberkörpers, Herumwälzen, Wedeln und Fuchteln mit den Armen, Verdrehen der Glieder, Reiben des Kopfes, Auf- und Niederschnellen, Streichen, Wischen, Zucken, Klatschen und Trommeln. Manchmal sind diese Bewegungen auffallend plump, ungraziös oder geziert, absonderlich. Gar nicht selten werden sie rhythmisch ausgeführt, auch wohl längere Zeit hindurch einförmig fortgesetzt. Ebenso hört man die Kranken hie und da stundenlang die gleichen Wendungen wiederholen, vor sich hinlachen. Nicht selten sind die Kranken unrein, lassen unter sich gehen, schmieren mit ihren Entleerungen.

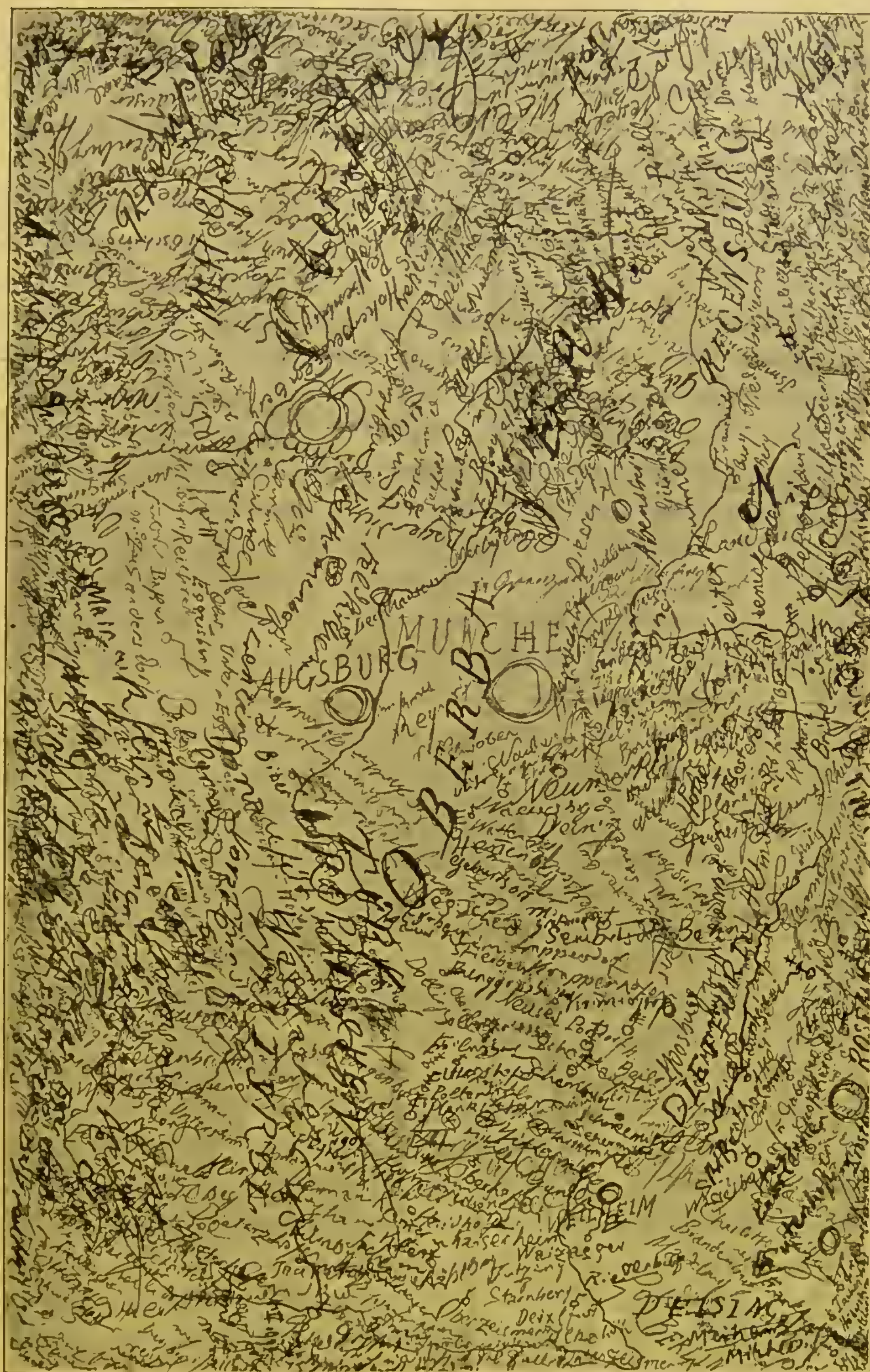
Manche Kranke zeigen eine starke Neigung, zu zerstören. Sie zerschlitzen ihren Anzug, ihr Bettzeug, um die Fetzen hundertfältig verknotet und verschlungen zu abenteuerlichem Aufputz zu benutzen. Alle irgend erreichbaren Gegenstände werden in ihre Bestandteile zerlegt, um zu neuen Gebilden verschiedener Art zusammengesetzt zu werden, wie es just der Augenblick eingibt. Die Knöpfe werden abgedreht, die Taschen herausgerissen, der Rock umgekehrt, die Hosen in die Strümpfe gesteckt, die Hemdzipfel zusammengeknüpft, Ringe aus Garnresten oder zerstörten Hemdknöpfchen um die Finger gezwängt, Manschetten und Kragen aus Papier angefertigt. Was dem Kranken in die Hände fällt, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel, sammelt er auf, um mit ihrer Hilfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und kreuz und quer mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken. Zigarrenreste und trockene Blätter werden in Papier gewickelt geraucht, Papierfetzen zum Schreiben, Nägel zum Pfeifenstopfen, Scherben zum Bleistiftspitzen benutzt; andere Funde sind Tauschmittel, um von den Mitkranken kleine Vorteile zu erlangen. Bisweilen wird auch allerlei in die Nase oder

die Ohren gesteckt, das Ohrläppchen mit Streichhölzern oder Drahtstückchen durchbohrt, Asche und Staub als Schnupftabak verwendet, das Barthaar teilweise mit der Zigarre versengt.

Die Ausdrucksbewegungen sind meist von großer Lebhaftigkeit. Der Kranke schneidet Gesichter, rollt die Augen, nimmt theatralische Stellungen ein, steht stramm, grüßt militärisch. Meist bringt er in raschestem Zeitmaße, mit wechselnder Betonung, einen ungeheuren Redeschwall hervor, macht Witze, schlagfertige Bemerkungen, flucht, schimpft und lärmt plötzlich, deklamiert, predigt, spricht vor sich hin, schreit dazwischen laut auf. Er brüllt, singt Schnaderhüpfl, geistliche Lieder, oft stundenlang dasselbe, betet, ahmt Tierstimmen nach, ruft Hallelujah; dazwischen schiebt sich Brummen, Pfeifen, Jodeln, Jauchzen, unbändiges Lachen. Zeitweise können die Kranken aber auch trotz lebhafter Erregung wortkarg sein; sie geben keine oder kurze, ausweichende Antworten, machen vielleicht nur einige ausdrucksvolle Gebärden, um dann plötzlich mit größter Lebhaftigkeit loszubrechen. Auch scherzhaftes Vorbeireden kommt gelegentlich vor, rechts statt links, 6 statt 5. Eine Kranke wiederholte immer die an sie gerichtete Frage; eine andere erwiderte stets „Wie?", eine dritte: „Das weiß ich nicht". Häufig finden sich in den Reden der Kranken Anknüpfungen an äußere Eindrücke und Reimereien; eine Kranke rief dem Arzte zu: „Du bist allerhand — Kraut und Rüben durcheinand". Bei stärkerer Erregung können die Äußerungen ganz zusammenhanglos werden, wie die folgende Nachschrift zeigt:

„Auf der allerwirklichsten Gruft — 1, 2, 3, und immer, immer beim allerhöchsten Krawall — beim Pfannkuchen — Else — aus Gottes Gnade und Barmherzigkeit, aus aller Wirklichkeit durfte man 17 schleierhafte Gedankengrüftchen — aus der allerhöchsten schlanken Grüftchen gezogene — das glaubt kein Herr Provisor — und immer wieder für einen Siegfried oder Herr Assessor — Herr Professor in einer ausgedehnten — So war's nun einmal — ich kann nicht dafür — 1, 2, 3 Franziska B. war es — nein, das dürfte man nicht mehr von einem Herrn Professor — a, b, c — in aller Wirklichkeit — wirklichste allererste Staatstrompete . . ."

Irgendein Gedankeninhalt ist hier überhaupt nicht mehr zu erkennen. Einzelne Worte kehren in verschiedenartiger Verbindung und Abwandlung immer wieder: „allerwirklichst — allerhöchst — allererst", „wirklichst — Wirklichkeit", „und immer, immer — immer wieder", „Gruft — Gedankengrüftchen — Grüftchen", „1, 2,



Schriftprobe 36. Manisches Geschreibsel.

3", „Professor — Provisor". Bei „Gedankengrüftchen — schlanken Grüftchen" und bei „Provisor — Assessor — Professor" kann man Klangassoziationen vermuten, bei „1, 2, 3" — „a, b, c" dürfte die durch die Koordination bedingte sprachliche Übung das Bindeglied abgegeben haben.

Manche Kranke entwickeln eine wahre Schreibwut, bedecken ungezählte Bogen mit mächtigen, flüchtigen, kreuz und quer durcheinandergehenden Schriftzügen. Ein Beispiel dafür gibt die Schriftprobe 36 mit ihrem Gewirr von Wörtern, die in den verschiedensten Schriftarten nach allen Richtungen bunt durcheinander laufen. Sie zeigt zugleich in ausgesprochenstem Maße die zuweilen in den Schriftstücken manischer Kranker hervortretende Neigung zu endlosen Aufzählungen, insofern es sich hier fast nur um geographische Namen handelt; bemerkenswerter Weise finden sich, anders als in ähnlich aussehenden katatonischen Schriftstücken, keine Wiederholungen. Sehr gern verfassen die Kranken auch Gedichte, Briefe, Eingaben an hochgestellte Persönlichkeiten. Der Zusammenhang kann dabei völlig verloren gehen, wie in dem folgenden Bruchstücke einer längeren Eingabe:

„Rottach Waalberg (Rodel) Lorenz Tarok Katzenjammer Gautsch Handelsrichter abgesägt 2 Grad (Celsius) 5000 Lire Kriegsentschädigung zu bezahlen von Guadagnini für Übernahme (Reich Dein III) schwarz weiß 4/5 Bovril Annaberger Schlüssel gelb 10 Pf. gehißt Chardonnerstag Westnerday unwohl Gallo Hohenzollern Kirche Vikar Bari Sprung Biringer Meisterspringer Zobel Max Arnulf 15. Febbrajo geboren bei Plinio Neapel Appel Sänger I an Paralyse-Analyse-Stolze-Freytag Crispi bei Riva Cavour bei Roosevelt . . ."

Nur einige wenige, zum Teil sachliche, meist klangliche Anknüpfungen sind hier allenfalls zu verfolgen: „Rottach (bei Tegernsee) — Waalberg (Wallberg) — Rodel", „Gautsch — Handelsrichter (-minister?) — abgesägt", „Chardonnerstag — Westnerday (Wednesday?)", „Bari — Biringer", „Sprung — Meisterspringer", „Neapel — Appel", „Paralyse — Analyse", „Stolze — Freytag (Stolze-Schrey)", „Crispi — Cavour — Roosevelt", „Plinio — Neapel", „Crispi — Riva — Cavour".

Die in den bisher beschriebenen Krankheitsbildern nur flüchtig und andeutungsweise hervortretenden Wahnbildungen und Sinnestäuschungen gewinnen in einer Reihe von Fällen eine an die paranoiden Erkrankungen erinnernde Ausbildung. Die Umgebung er-

scheint dem Kranken verändert; er sieht den heiligen Augustinus, Josef mit dem Hirtenstabe, den Engel Gabriel, Apostel, den Kaiser, Geister, den lieben Gott, die heilige Jungfrau. Statuen begrüßen ihn durch Kopfnicken; der Mond fällt vom Himmel; die Posaunen des Gerichts ertönen. Er hört die Stimme Jesu, spricht mit Gott und den armen Seelen, wird von Gott lieber Sohn genannt. In den Ohren sitzen Stimmen; das Knarren des Fußbodens, das Tönen der Glocken formt sich zu Worten; der Kranke steht mit einer vornehmen Braut in telepathischer Verbindung, spürt in den Wänden den elektrischen Strom, fühlt sich hypnotisiert; es findet Gedankenübertragung statt.

Die alsbald auftauchenden Wahnvorstellungen bewegen sich sehr häufig auf religiösem Gebiete. Der Kranke ist Prophet, Johannes II., von Gott aufgeklärt, kein Sünder mehr, etwas Überirdisches; er kämpft für Jesus, hat eine göttliche Sendung zu erfüllen, ist ein Geist, birgt die Weltseele in sich, meint zum Himmel aufzufahren, besitzt eine geheimnisvolle Macht über Geisteskranke. Er predigt im Namen des heiligen Gottes, will der Welt große Dinge offenbaren, gibt Befehle nach göttlichem Willen. Weibliche Kranke sind Königin des Himmels und der Erde, die unbefleckte Empfängnis, weiblicher Geistlicher, Mutter der Heidenkinder, haben ein Kind von Gott, kommen in den Himmel zum Seelenbräutigam; Christus hat ihnen ihre Unschuld wiedergegeben. Der Teufel ist abgeschafft; der Kranke hat alle Leiden der Welt auf sich genommen; es ist eine wunderbare Erde.

Andere Kranke stammen aus königlichem Hause, sind Prinzen, deutscher und österreichischer Kaiser, königliche Hoheit, zu höherem Leben bestimmt; sie besitzen Millionen, sollen eine Prinzessin, eine reiche Witwe heiraten. Sie sind schon 1000 mal gestorben, kommen immer wieder, können zaubern, den Leuten durch Beten helfen, sich unsichtbar machen. Ein Kranker hatte „das Gefühl, als ob er von irgendwoher Geld bekommen werde"; ein anderer erklärte sich für den hervorragendsten Privatdetektiv; ein dritter bezeichnete sich als „Sanitärarzt der gesamten Naturwissenschaften und Naturheilkunde"; ein vierter meinte, er werde der berühmteste Mann Europas; ein fünfter gab an, er habe ein Frauenzimmer von 193 cm Größe gefunden und werde dafür 40 000 Mark bekommen. Weibliche Kranke prahlen damit, daß sie mit dem Königshause verwandt, 4 fache Königin, irdische Somnambule sind, eine schöne

Stimme haben, ihrem Manne die Kaiserkrone aufsetzen werden. Eine Kranke erklärte, sie sei Dornröschen, habe sich mit der Spindel gestochen und warte nun auf den Prinzen. Öfters berichten die Kranken über allerlei Reisen und Abenteuer, geheimnisvolle Erlebnisse; sie sind mit Attentätern zusammengetroffen, wurden in der Hauptstadt mit Ehrenbezeugungen empfangen. Manche Kranke beklagen sich über Verfolgungen; sie sind mit 130—150 Faustschlägen mißhandelt worden, werden beschossen, mit Ruten gepeitscht.

Bisweilen erinnern die Wahnvorstellungen der Kranken ganz an diejenigen der Paralytiker. Sie besitzen Millionen, diamantene Tassen, bekommen eine goldene Krone, haben Berge erschaffen, ganze Städte erbaut. Ein Kranker schrieb, er werde seiner Braut ein Leben bieten, wie es keine Fürstin der Welt habe. „In München baue ich mir Schloß Miramare, in Feldafing das ehemals projektierte Schloß des Königs Max, mache München zur schönsten Stadt der Welt, habe bereits 300 Prachtbauten, die schönsten der Welt, entworfen. Baue Bahnen und werde mir somit Millionen verdienen."

Alle diese Wahnvorstellungen werden von den Kranken bald in theatralischer, bald in mehr spielerischer Weise vorgebracht. Manchmal erscheinen sie flüchtig und wechselnd; in der Regel aber werden sie längere Zeit hindurch festgehalten und verteidigt, wenn auch mit sehr verschiedenem Nachdruck. Öfters treten dieselben Ideen in späteren Anfällen wieder hervor. Das Bewußtsein der Kranken scheint in der Regel leicht getrübt zu sein. Sie fassen unvollkommen auf, verstehen die Vorgänge in ihrer Umgebung mangelhaft, sind über die Zeitverhältnisse im unklaren, verkennen auch wohl einzelne Personen. Das Urteil über ihre Lage wird durch die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vielfach verfälscht. Ihre Stimmung ist heiter, selbstbewußt, schwärmerisch; ein Kranker „weinte Freudentränen". Vorübergehend werden die Kranken aber auch anspruchsvoll, hochfahrend, schimpfen in allen Tonarten, oder sie brechen einmal in leidenschaftliches Weinen aus.

Die Erregung der Kranken ist meist nicht sehr stark. Sie können in ihrem Verhalten annähernd geordnet erscheinen, zeigen aber doch eine gewisse Unruhe, wirtschaften herum, singen, dichten, predigen und treiben Unfug. Sie wollen Häuser kaufen, verteilen ihr Geld „an die trostlosen Kinder", werfen alles in den Opferstock, halten An-

sprachen aus dem Eisenbahnzuge, erteilen öffentlich den Segen. Ein Kranker erklärte den Krieg an Frankreich; andere machen Versuche, die Mitkranken zu heilen, verzaubern sie durch feierliche Armbewegungen.

In einer weiteren, nicht sehr großen Gruppe von Fällen verläuft der manische Anfall unter dem Bilde eines deliriösen Zustandes mit tiefer, traumhafter Bewußtseinstrübung und abenteuerlichen, verworrenen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Der Anfall beginnt gewöhnlich ganz plötzlich; nur Schlaflosigkeit, Unruhe oder ängstliche Verstimmung kann sich schon 1—2 Tage, seltener einige Wochen vorher bemerkbar machen. Das Bewußtsein trübt sich rasch; die Kranken werden schwer benommen, verwirrt, ratlos und verlieren vollständig die zeitliche und örtliche Orientierung. Alles erscheint ihnen verändert; sie glauben sich im Himmel, im Palast des Herodes, in der „Christkindlklinik" zu befinden. Die Personen der Umgebung werden verkannt; Mitkranke sind nahe Angehörige, der Arzt eine Königliche Hoheit, ein geistlicher Herr, ein schwarzer Teufel. Eine Kranke, die in zahlreichen, gleichartigen Anfällen sich immer von geschichtlichen Größen, Ludwig XIV., Cäsar, Elisabeth, umgeben wähnte, bezeichnete das als ihren „Geschichtswahn".

Zugleich treten zahlreiche Sinnestäuschungen auf. Es brennt; Vögel fliegen in der Luft herum; Engel erscheinen; Geister werfen dem Kranken Schlangen ins Gesicht; an den Wänden huschen Schatten. Er sieht den Himmel offen, voller Kamele und Elefanten, den König, seinen Schutzengel, den heiligen Geist; der Teufel hat die Gestalt der Mutter Gottes angenommen. Es ertönt Glockenläuten, Schießen, Wasserrauschen, verworrenes Getöse; Luzifer redet; die Stimme Gottes kündigt ihm das jüngste Gericht, die Erlösung von allen Sünden an. Der Kranke führt Zwiegespräche mit Abwesenden, erhält Offenbarungen; seine Gedanken werden von einer Stimme zur anderen getragen. Der Kaffee riecht nach Toten, die Hände wie verwest; im Hause ist Brandgeruch; das Essen schmeckt wie Ziegen- oder Menschenfleisch, das Wasser nach Schwefel. Der Kopf ist ganz taumelig, voll Fieberhitze; die Kranken glauben gehoben, in Abgründe geworfen zu werden, schwimmen mit dem Könige im Ozean; alles stürzt um sie her zusammen. Daneben entwickeln sich zerfahrene, traumhafte Wahnideen. Ein schreckliches Unglück bricht herein; der Kranke fühlt den Teufel in seiner Brust,

hat mit ihm gerauft, rühmt sich seiner Kraft; er muß sterben, schreckliche Kämpfe durchmachen; er soll vergiftet, geköpft werden, ist verloren, verflucht, verfault, ganz allein auf der Welt. Alles ist vernichtet; Gott hat sich erschossen; die Angehörigen sind sämtlich gestorben. Er hat das große Los gewonnen, ist zum Kaiser ausgerufen, der verheißene Held, der die Welt erlösen soll, möchte mit seinen Kindern in den Himmel. Das 1000 jährige Reich ist angebrochen; König Ludwig wird auferstehen; die große Schlacht mit dem Antichristen wird geschlagen.

Die Stimmung ist während dieses Deliriums sehr wechselnd, bald ängstlich verzweifelt („Todesgedanken"), weinerlich schreckhaft, verstört, bald ausgelassen heiter, erotisch oder verzückt, bald gereizt oder teilnahmslos und gleichgültig. Im Anfange bieten die Kranken vielfach die Zeichen sinnloser Tobsucht dar, tanzen herum, führen absonderliche Bewegungen aus, schütteln den Kopf, werfen die Bettstücke durcheinander, zerstören, lassen unter sich gehen, schmieren, machen triebartige Selbstmordversuche, entkleiden sich. Eine Kranke wurde völlig nackt in einem öffentlichen Parke aufgegriffen; eine andere lief halbbekleidet auf den Korridor und dann auf die Straße, in einer Hand einen Revolver, in der anderen ein Kruzifix.

Um die Umgebung kümmern sich die Kranken gar nicht; sie hören nicht zu, geben keine Auskunft, befolgen keine Aufforderungen, widerstreben, schlagen zu. Ihre sprachlichen Äußerungen wechseln zwischen unartikulierten Lauten, Beten, Schimpfen, Flehen, stammelnden, zusammenhangslosen Reden, in denen sich Klanganknüpfungen, sinnlose Reimereien, Ablenkung durch äußere Eindrücke, Haften an einzelnen Wendungen erkennen lassen. Andere Kranke zeigen nur eine leichte Unruhe, flüstern ideenflüchtig vor sich hin, blicken auf Anreden erstaunt und verständnislos auf, befolgen einfache Aufforderungen, geben beziehungslose Antworten, lächeln, weinen, schmiegen sich an, stimmen plötzlich ein Lied an, schreien auf. Eine Kranke rief unvermittelt aus: „Ich bin die Gerechtigkeit; rührt mich nicht an; ich bin allwissend; weg von mir!" Häufig ist wächserne Biegsamkeit, Echolalie oder Echopraxie nachzuweisen.

In der Regel ist der Zustand vielfachen Schwankungen unterworfen. Die Kranken werden zeitweise ganz ruhig, aber zunächst

nicht klar, bleiben vielmehr unbesinnlich und verworren; sie klagen dann wohl selbst darüber, daß sie ihre Gedanken nicht zusammenbringen können, nicht recht bei Sinnen sind, daß alles durcheinander geht, daß sie so viel Gedanken im Kopfe haben. Öfters beobachtet man mehrfachen Wechsel von Erregung mit Stuporzuständen. Das Schwinden der Krankheitserscheinungen vollzieht sich hie und da ziemlich plötzlich, weit häufiger allmählich. Oft bleiben einzelne Täuschungen, Reste der Wahnvorstellungen und namentlich Stimmungsschwankungen noch einige Zeit zurück, nachdem die Aufregung und Verwirrtheit bereits geschwunden sind. Die Kranken sind zunächst noch mißtrauisch, einsichtslos, unzufrieden, reizbar, auch wohl leicht ideenflüchtig, namentlich in Schriftstücken, redselig oder unzugänglich, drängen fort, bis sich dann nach und nach auch die letzten Krankheitszeichen verlieren. Die Erinnerung an die deliriöse Zeit ist meist eine ziemlich unklare; vielfach besteht sogar fast völlige Amnesie.

Der Verlauf der manischen Anfälle ist ein recht verschiedener. Die Einleitung bildet fast immer eine Zeit ängstlicher oder trauriger Stimmung, entweder in Form einer ausgeprägten, Monate oder selbst Jahre dauernden Depression oder in Gestalt eines wenige Tage oder Wochen umfassenden Vorstadiums. Weit seltener und wohl nur bei häufiger Wiederholung setzt die Manie ganz plötzlich ein. Ein Kranker wurde auf dem Friedhofe tobsüchtig, als er seine Tochter zu Grabe trug, ohne daß man vorher eine Veränderung an ihm bemerkt hatte.

Die Höhe der Krankheitserscheinungen wird meist ziemlich rasch erreicht, bisweilen schon innerhalb weniger Tage. Von da ab kann sich der Zustand ebenso schnell wieder dem gesunden nähern, doch ist das fast nur bei den deliriösen Formen, weit seltener bei einfacher Tobsucht, am seltensten bei der Hypomanie der Fall. In der Regel erhält sich die manische Erregung längere Zeit hindurch in annähernd gleicher Stärke, allerdings immer mit vielfachen Schwankungen. Sehr häufig sind Einschiebsel trauriger Verstimmung und selbst vorübergehenden Stupors, eine Erscheinung, die uns das Verständnis für die später zu besprechenden Mischformen eröffnet.

Die endgültige Beruhigung pflegt sich nach längerer Krankheitsdauer ganz allmählich einzustellen, indem die Besserungen

des Zustandes sich immer deutlicher ausprägen. Die Kranken werden klarer über ihre Umgebung, zugänglicher, aufmerksamer, geraten aber noch sehr leicht in die frühere Ideenflucht hinein. Auch dann, wenn die stürmischeren Störungen bereits in den Hintergrund getreten sind, pflegt eine erhöhte gemütliche Reizbarkeit, gehobenes Selbstgefühl sowie eine gewisse Unstetigkeit noch einige Zeitlang zurückzubleiben. Plötzliche, unerwartet heftige Zornausbrüche können sich an geringfügige Anlässe anschließen, auch nachdem anscheinend schon längst völlige Beruhigung eingetreten ist, namentlich bei den späteren, gern schleppend verlaufenden Anfällen. Öfters sieht man auch die manische Erregung noch einmal aufflackern, wenn die Kranken in ungünstige Verhältnisse kommen oder zu trinken anfangen.

Auch die Dauer der manischen Erregung ist großen Schwankungen unterworfen. Während gelegentlich Anfälle innerhalb einiger Wochen oder selbst weniger Tage ablaufen, erstreckt sich die übergroße Mehrzahl der Erkrankungen über viele Monate. Anfälle von zwei- bis dreijähriger Dauer sind noch recht häufig; vereinzelte können wesentlich länger währen, bis zu zehn Jahren und darüber. Namentlich die Formen mit Wahnbildungen und mäßiger, sich nur von Zeit zu Zeit steigernder Erregung scheinen gern einen langwierigen Verlauf zu nehmen; auch bei hypomanischen Erkrankungen wird man vielfach mit einer längeren Dauer rechnen müssen. Hier und da habe ich, wie schon früher angedeutet, aus dem Gange des Körpergewichtes und der sonstigen Erscheinungen den Eindruck gewonnen, als ob es sich um mehrere, unmittelbar sich aneinander anschließende Anfälle handele.

Recht häufig tritt nach dem Schwinden der manischen Erregung ein mehr oder weniger ausgeprägter Zustand von Schwäche und Kleinmütigkeit hervor, der gewöhnlich als Erschöpfung nach der schweren Krankheit aufgefaßt wird; es handelt sich jedoch offenbar nur um den Umschlag in die unserer Krankheit eigentümliche Depression. Die Kranken sind äußerst leicht ermüdbar, unfähig zu jeder geistigen oder körperlichen Anstregung, einsilbig, schwerfällig, unentschlossen, machen sich Vorwürfe wegen ihrer manischen Handlungen, Sorgen wegen ihrer Zukunft. Im weiteren Verlaufe pflegen sich diese Störungen unter beträchtlichem Steigen des Körpergewichtes nach und nach wieder zu verlieren.

Depressive Zustände. Die leichtesten Formen der Depressionszustände sind gekennzeichnet durch das Auftreten einer einfachen psychischen Hemmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Dem Kranken wird das Denken schwer, eine Störung, die er in den mannigfaltigsten Wendungen schildert. Er kann die Gedanken nicht sammeln, nicht zusammennehmen; sie sind wie gelähmt, gehen nicht weiter. Der Kopf ist ihm eingenommen, ganz dumm, als ob ein Brett sich vorgeschoben hätte; alles geht durcheinander. Er vermag nicht mehr aufzufassen, dem Gedankengange eines Buches, eines Gespräches zu folgen, fühlt sich müde, abgespannt, unaufmerksam, innerlich leer; er hat kein Gedächtnis, beherrscht die ihm sonst geläufigen Kenntnisse nicht mehr, muß sich auf einfache Dinge lange besinnen, rechnet falsch, macht widersprechende Angaben, findet keine Worte, kann die Sätze nicht richtig zusammenfügen. Daneben hört man Klagen darüber, daß der Kranke so viel nachsinnen müsse, daß ihm immer neue Gedanken kommen, daß er zu viel im Kopfe habe, keine Ruhe finde, wirr sei.

Vielfach schildern die Kranken jene Veränderung ihres inneren Zustandes, die man als „Depersonalisation" zu bezeichnen pflegt. Ihre Vorstellungen entbehren der sinnlichen Färbung. Die Eindrücke der Außenwelt erscheinen fremdartig, wie aus weiter Ferne, wecken keinen Widerhall im Innern; der eigene Körper wird als nicht zugehörig empfunden; die Gesichtszüge starren ganz verändert aus dem Spiegel; die Stimme klingt blechern. Das Denken und Handeln geht ohne das Zutun des Kranken vonstatten; er kommt sich vor wie ein Automat. Heilbronner hat darauf aufmerksam gemacht, daß Goethe im Werther ähnliche Störungen geschildert hat, wenn er sagt:

„O, wenn da diese herrliche Natur so starr vor mir steht wie ein lackiertes Bildchen und alle die Wonne keinen Tropfen Seligkeit aus meinem Herzen herauf in das Gehirn pumpen kann" und „Ich stehe wie vor einem Raritätenkasten und sehe die Männchen und Gäulchen vor mir herumrücken und frage mich oft, ob es nicht ein optischer Betrug ist. Ich spiele mit, vielmehr ich werde gespielt, wie eine Marionette, und fasse manchmal meinen Nachbar an der hölzernen Hand und schaudere zurück."

Die Stimmung des Kranken wird bald durch eine tiefe innere Mutlosigkeit und trübe Hoffnungslosigkeit, bald mehr durch unbestimmte Angst und Unruhe beherrscht. Ihm ist schwer ums Herz;

nichts vermag sein Interesse dauernd anzuregen; nichts macht ihm Freude. Er hat keinen Humor, kein religiöses Gefühl mehr, ist unzufrieden mit sich selbst, gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und dem, was ihm früher das Liebste war. Düstere Gedanken steigen auf; seine Vergangenheit wie seine Zukunft erscheinen ihm in gleichmäßig trübem Lichte. Er fühlt, daß er nichts wert ist, weder körperlich noch geistig; er taugt zu nichts mehr, kommt sich vor „wie ein Mörder". Sein Leben ist verpfuscht; er paßt nicht für seinen Beruf, will umsatteln, hätte sein Leben anders einrichten, sich mehr zusammennehmen sollen. „Ich habe immer Ratschläge gegeben, und dann ist es schief gegangen", meinte ein Kranker. Er fühlt sich vereinsamt, namenlos unglücklich, als „Enterbter des Schicksals"; er zweifelt an unserem Herrgott und schleppt sich mit einer gewissen dumpfen Ergebung, die jeden Trost und jeden Lichtblick ausschließt, mühsam von einem Tage zum andern hin. Alles ist ihm verleidet; alles greift ihn an, Gesellschaft, Musik, Reisen, die Berufstätigkeit. Überall sieht er nur die Schattenseiten und Schwierigkeiten; die Menschen um ihn herum sind nicht so gut und uneigennützig, wie er gedacht hat; eine Enttäuschung und Ernüchterung folgt der anderen. Das Leben erscheint ihm zwecklos; er kommt sich überflüssig vor auf der Welt, kann sich nicht mehr halten; ihm steigt der Gedanke auf, sich das Leben zu nehmen, ohne daß er weiß, warum. Er hat das Gefühl, als ob etwas in ihm gesprungen sei, fürchtet, verrückt, wahnsinnig, paralytisch zu werden; es geht dem Ende zu. Anderen ist zumute, als sei etwas Schreckliches passiert; in der Brust steigt es auf; alles zittert in ihnen; sie haben nichts Gutes zu erwarten; es geht etwas vor.

Bisweilen tauchen in diesen Zuständen allerlei Zwangsvorstellungen auf, Platzangst, Schmutzangst, die Befürchtung, sich einen Holzsplitter eingestoßen zu haben und an Blutvergiftung sterben zu müssen, lästerliche oder „unreine" Gedanken, die Idee, andere ins Wasser geworfen, Brot, Geld gestohlen, die Grenzen der Grundstücke verschoben, alle Verbrechen begangen zu haben, die in der Zeitung stehen. Ein Kranker wurde von der Vorstellung gequält, Menschen durch seine Gedanken ermordet, den Tod des Königs Ludwig verschuldet zu haben. Eine Kranke, die in einem früheren Anfalle gemeint hatte, sie sei Kaiserin mit einem Hofstaate von Hunden und Katzen, bemühte sich monatelang krampfhaft, das

sich ihr immer aufdrängende Wort Kaiserin wieder loszuwerden, indem sie rhythmisch mit der Hand ihre Zähne rieb; eine andere wurde auf das schwerste durch den Zwang gepeinigt, an religiöse Darstellungen (Kruzifixe) obszöne geschlechtliche Vorstellungen anzuknüpfen. Eine dritte Kranke schrieb folgendes auf einen Zettel:

„Es ist wirklich so, daß ich jetzt geworden bin, mit dem ich immer gespielt, unreinlich; ich gehe jetzt aus Nachlässigkeit und Ungeschick oft nicht zur rechten Zeit auf das Kloset und bringe etwas ins Hemd, ins Bett und in die Kleider, und da ich die Kleider immer wieder anziehe, kommt dadurch, daß man den Unterrock über die Nachtjacke zieht, etwas dahin und an den Kopf, vom Rock an die Taille, an die Haare usw."

Sie fürchtete auch, es könne aus der Nase etwas in ein Buch fallen, vernichtete öfters vermeintlich beschmutzte Sachen, wollte sich nicht auf einen Stuhl setzen, nicht die Hand geben, um nichts zu verunreinigen. Alle diese Vorstellungen bezeichnete sie selbst als „ein Getue", um sich interessant zu machen. Auch die Angst vor Messern, mit der Idee, jemanden umbringen zu müssen, kommt gelegentlich vor; eine Kranke legte sich ins Bett, um nichts derartiges anzustellen. Eine meiner Kranken mußte triebartig allerlei für sie wertlose Dinge stehlen, die sie dann nicht weiter verwendete. Sie gab an, sie habe sich nicht anders helfen können; es sei ein Trieb gewesen, gerade als ob sie Durst gehabt hätte; sie war beunruhigt, wenn sie dem nicht nachgeben konnte. Gross ist auf Grund der „Psychoanalyse" hier zu dem Ergebnisse gekommen, daß der Stehltrieb, der Drang, heimlich Verbotenes zu tun, „heimlich etwas in die Hand zu nehmen", eine Umwandlung durch den impotenten Liebhaber nicht befriedigter geschlechtlicher Gelüste bedeute, die noch durch die Frage eines Geistlichen in der Beichte beeinflußt worden sei, ob sie beim Geschlechtsverkehr das Glied selbst eingeführt habe. Wir dürfen diese zwangsmäßigen Befürchtungen und Antriebe wohl als den Ausdruck einer gewissen, auch durch andere Gründe gestützten Verwandtschaft des manisch-depressiven Irreseins mit dem Entartungsirresein betrachten.

Ganz besonders auffallend ist der vollständige Mangel an Tatkraft. Der Kranke ist „mutlos und willenlos", wie ein Rad am Wagen, das einfach mitläuft, innerlich erstarrt und versteinert. Er kann sich nicht aufraffen, sich zu nichts entschließen, nicht mehr arbeiten, macht alles verkehrt; er muß sich zu allem zwingen, weiß

nicht, was er anfangen soll; ein Kranker erklärte, er wisse nicht, was er wolle, komme von einem ins andere. Jede kleinste Leistung kostet ihm eine unerhörte Anstrengung; selbst die alltäglichsten Verrichtungen, die Haushaltsarbeiten, das Aufstehen, Ankleiden, Waschen werden nur mit der größten Mühe erledigt, unterbleiben schließlich auch wohl ganz. Arbeiten, Besuche, wichtige Briefe, Geschäfte stehen wie ein Berg vor dem Kranken und bleiben liegen, weil er nicht die Kraft findet, die entgegenstehenden Hemmungen zu überwinden. Beim Spazierengehen bleibt er in der Haustüre oder an der nächsten Ecke stehen, unschlüssig, wohin er sich wenden soll, fürchtet sich vor jeder Begegnung, jedem Gespräche, wird menschenscheu und zieht sich zurück, weil er niemanden mehr ansehen, nicht unter die Leute gehen kann.

Alles Neue erscheint unbehaglich und unerträglich; einer meiner Kranken drängte aus seiner früher von ihm sehr begehrten Stellung fort, schreckte aber auch vor der Übersiedelung in einen neuen Wohnort zurück und bestürmte die Behörde mit einander entgegengesetzten Wünschen, da ihm die neugeschaffene Lage immer sofort viel schlimmer vorkam, als die bisherige. Schließlich verzichtet der Kranke auf jede Betätigung, sitzt tagelang da, die Hände in den Schoß gelegt, stumpf vor sich hin brütend. Seine gramvollen Züge zeigen kein Mienenspiel; die spärlichen sprachlichen Äußerungen erfolgen mühsam, leise, eintönig und einsilbig, und selbst die Beifügung eines einfachen Grußes auf einer Postkarte ist nicht oder nur nach langem Drängen erreichbar. Bisweilen entwickelt sich eine förmliche Bettsucht; die Kranken versprechen immer wieder, „morgen" aufzustehen, haben aber stets neue Vorwände, liegen zu bleiben. Gerade wegen dieser schweren Willensstörung kommt es verhältnismäßig selten zu ernsteren Selbstmordversuchen, wenn auch der Wunsch, zu sterben, recht häufig auftaucht. Erst dann, wenn mit dem Schwinden der Hemmung die Tatkraft wiederkehrt, während die Niedergeschlagenheit noch fortbesteht, werden die Selbstmordversuche häufiger und gefährlicher. Ein Kranker mit sehr leichter Verstimmung erhängte sich wenige Tage vor seiner Entlassung auf einem freien Ausgange, als er schon ganz aufgeheitert erschien.

Die Besonnenheit und Orientierung der Kranken ist trotz der starken Erschwerung der Auffassung und des Denkens vollstän-

dig erhalten. Zumeist besteht auch ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl, nicht selten sogar eine gewisse Krankheitseinsicht, insofern die Kranken ihr Bedauern über früher vorgekommene Ungehörigkeiten und die Besorgnis aussprechen, daß sie sich in der Aufregung aufs neue hinreißen lassen möchten. Andere meinen jedoch, sie seien nicht krank, nur willenlos, könnten sich wohl aufraffen, wollten nur nicht, simulierten. Vielfach wird die Wiederkehr der Verstimmung auf äußere Zufälligkeiten, unangenehme Erfahrungen, Änderungen in den Verhältnissen u. dgl. zurückgeführt. Für den unbefangenen Beobachter ist es dabei deutlich, daß die psychische Wirkung jener Einflüsse erst durch die krankhafte Trübung der Gemütslage zustande gekommen war. Ein gutes Bild von dem Denken und Fühlen solcher Kranker gibt der folgende Brief:

„Luise, die volle Wahrheit! Alles ist Geldverschwendung. Ich darf nicht nach Hause, ich darf nicht hierbleiben; sperrt mich in eine Zelle und gebt mir nur Brod und Milch; ich bin nicht mehr krank; sie wollen es mir nicht glauben; ich bin mir selbst zum Ekel und voller Lebensüberdruß, darf gute Menschen nicht weiter belästigen. Meinen Kindern kann ich nicht mehr schreiben, weil ich ihnen nicht sagen kann, daß sie mir gleichgültig sind; ich bin ein Scheusal und werde von Furien gehetzt, je länger ich hier bin, um so toller. Du sahst mein seelenloses Gesicht, Luise; Du bist Mensch — habe menschliches Erbarmen mit mir. Gebt mir nur so viel, um meine Blöße zu bedecken; alles andere ist mir Qual. Das ganze Leben ist eine furchtbare Qual; ich muß in eine Korrektionsanstalt; ich muß zur Arbeit gezwungen werden. Hier verstehe ich nicht, zu arbeiten, weil die Angst mich plagt über meinen Zustand. Keine Arznei schlägt an, weil die Angst mich verzehrt. Hier müßte ich mich zusammennehmen, unter so scharfer Kontrole, aber das Leben ist erloschen — wie soll ich unter Fremde, da ich meine Sachen nicht in Ordnung halten kann? Ich gehe mit zerrissenen Stiefeln und kann mir nicht neue besorgen; Geld nützt mir nicht. Mein Leben ist trostlos und nur so lange erträglich, wenn ich meine Not klage. Dann hoffe ich auf Hülfe. Ihr werdet mich verachten statt Eurer Liebe von früher. Luise, erzähle mein Elend nicht weiter."

Die tiefe Niedergeschlagenheit, das Gefühl der inneren Verödung und Gefühllosigkeit, die Entschlußunfähigkeit, der Versündigungswahn, der Lebensüberdruß, endlich die leise Hoffnung auf Hilfe treten hier deutlich hervor.

In ihren höchsten Graden kann die geschilderte psychische Hemmung bis zur Entwicklung eines ausgeprägten Stupors fortschreiten. Die Kranken sind tief benommen, vermögen die Ein-

drücke der Umgebung nicht mehr aufzufassen und zu verarbeiten, verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht, haben keine Ahnung von ihrer Lage. Eine Kranke, die veranlaßt wurde, aus einem Bett in das benachbarte zu steigen, meinte ganz verständnislos: „Das ist mir zu kompliziert.“ Bisweilen läßt sich erkennen, daß die Denkhemmung geringer ist, als die Willensstörung; ein Kranker vermochte das Ergebnis verwickelter Rechnungen in der gleichen, allerdings beträchtlich verlängerten Zeit vorzubringen, wie dasjenige der einfachsten Addition. Manchmal enthalten die gelegentlichen, abgerissenen Äußerungen der Kranken Andeutungen verworrener Wahnideen, sie seien ganz von der Welt weg, hätten einen Spalt durchs Hirn, würden verhandelt; unten rumort es. Ein bestimmter Affekt ist dabei meist nicht erkennbar, doch pflegt sich in den erstaunten Mienen der Kranken die Ratlosigkeit gegenüber den eigenen Wahrnehmungen, ferner bei Eingriffen eine gewisse ängstliche Unsicherheit auszudrücken.


Fig. 225. Depressiver Stupor.

Die Willensäußerungen der Kranken sind äußerst spärliche. In der Regel liegen sie stumm im Bette, geben keinerlei Antwort, ziehen sich höchstens scheu vor Annäherungen zurück, wehren aber öfters Nadelstiche nicht ab. Bald zeigen sie Katalepsie und Willenlosigkeit, bald planloses Widerstreben bei äußeren Eingriffen. Vor ihrem Essen sitzen sie hilflos, lassen es sich jedoch vielleicht ohne weiteres einlöffeln; sie halten fest, was man ihnen in die Hand drückt, drehen es langsam in der Hand, ohne zu wissen, wie sie sich wieder davon befreien können. Sie sind daher gänzlich außerstande, für ihre körperlichen Bedürfnisse zu sorgen, werden nicht selten unrein. Hier und da können sich Erregungen einschieben. Die Kranken gehen aus dem Bette, brechen in verworrenes Schimpfen aus, singen ein Volkslied. Von dem eigentümlich gespannten, verstörten Gesichtsausdrucke solcher Kranken geben die Fig. 225 und 226 eine gute Vorstellung. Die Erinnerung ist nach der meist ziemlich rasch

eintretenden Aufhellung des Bewußtseins sehr unklar und für manche Zeiten ganz erloschen.

Sehr mannigfaltige Bereicherungen kann das Bild der einfachen Depression, wie es etwa der früheren „Melancholia simplex“ entspricht, durch die recht häufig erfolgende Entwicklung von Sinnestäuschungen und Wahnideen erfahren; man könnte hier vielleicht von einer „Melancholia gravis“ sprechen. Die



Fig. 226. Depressiver Stupor.

Kranken sehen Gestalten, Geister, die Leichen ihrer Angehörigen; ihnen wird etwas vorgespiegelt, „allerlei Teufelswerk“. Grüne Lappen fallen von den Wänden; ein Farbenfleck an der Wand ist ein schnappendes Maul, das den Kindern die Köpfe abbeißt; alles sieht schwarz aus. Die Kranken hören Schimpfworte („faule Sau“, „schlechtes Mensch“, „Betrügerin“, „du bist schuld, du bist schuld“), Stimmen, die sie zum Selbstmorde auffordern; sie spüren Sand, Schwefeldunst im Munde, elektrische Ströme in den Wänden; ein Kranker, der sich

vorwarf, sich mit einer Kuh vergangen zu haben, fühlte einen Kuhschwanz über sein Gesicht wischen.

Die größte Rolle pflegen Versündigungsideen zu spielen. Der Kranke ist von Jugend auf der schlechteste Mensch, ein Scheusal, mit Bosheit gefüllt, hat ein abscheuliches Leben geführt, die Arbeit möglichst durch andere besorgen lassen, im Amte nicht seine volle Kraft eingesetzt, einen falschen Diensteid geschworen, die Krankenkasse betrogen; er hat Alle beleidigt, falsches Zeugnis abgelegt, jemanden beim Kaufe übervorteilt, sich gegen das 6. Gebot verfehlt. Er kann nicht mehr arbeiten, hat kein Gefühl, keine Tränen mehr; so roh ist er; im Gemüt fehlts. Vielfach knüpfen sich die Selbstanklagen an harmlose, oft sehr weit zurückliegende Erlebnisse an. Der Kranke hat als Kind unwürdig kommuniziert, der Mutter nicht gefolgt, vor 12 Jahren gelogen; er hat sein Bier nicht bezahlt und wird deswegen 10 Jahre lang eingesperrt. Ein 59jähriger Kranker führte an, er habe als Junge „Äpfel und Nüss' gestohlen", einer Kuh „an der Natur herumgespielt". Das Gewissen regt sich; „freilich wär's besser gewesen, wenn es sich schon früher geregt hätte", meinte er auf den Einwand, daß er sich doch bis dahin über die vermeintlichen Sünden keine Gedanken gemacht habe. Andere haben einmal einen Bettler unfreundlich abgewiesen, den Rahm von der Milch abgeschöpft. Durch das Mieten einer Wohnung, das Unternehmen eines Neubaues, einen unbedachten Kauf, einen Selbstmordversuch haben sie ihre Familie ins Elend gebracht; sie hätten nicht in die Anstalt gehen sollen; dann wäre alles anders gekommen. Weibliche Kranke haben ihren verstorbenen Kindern zu viel Wasser in die Milch geschüttet, ihre Buben nicht schön aufgezogen, sie in der Religion vernachlässigt, ein Kind abgetrieben, keine Geduld im Kindbett gehabt, die Wohnung nicht ordentlich gehalten; sie räumen nicht gut auf, sind faul; eine Kranke wollte deswegen nicht im Bett bleiben. Auf den Vorhalt, daß es sich um einen Wahn handle, entgegnete eine Kranke: „Es ist nur das Gewissen; schon in der Schulzeit kam es einmal". Offenbar sprach sie von einer früheren Depression.

Einen besonders günstigen Boden für die Selbstanklagen bildet das religiöse Gebiet. Der Kranke ist ein großer Sünder, kann nicht mehr beten, hat die zehn Gebote vergessen, den Glauben, den Segen Gottes, die ewige Seligkeit verloren, die Sünde wider den heiligen Geist begangen, das Göttliche verkauft, nicht genug Lichter geopfert. Er ist

vom Herrgott abgefallen, vom Satan umklammert, muß büßen. Der Geist Gottes hat ihn verlassen; ihm ist, als dürfe er nicht mehr in die Kirche hinein. Er kommt in die Hölle, hat nur noch 2 Stunden zu leben; dann holt ihn der Teufel; er muß mit der Sündenschuld in die Ewigkeit gehen, arme Seelen erlösen. Einen Einblick in den Seelenzustand solcher Kranker gewährt der nachfolgende Ausschnitt aus dem Briefe einer verheirateten Bäuerin an ihre Schwester:

„Ich will Dir mitteilen, daß ich den Kuchen erhalten habe. Ich danke vielmal, bin aber nicht wert. Du hast es auf meinem Kind sein Sterbetag geschickt, denn mein Geburtstag bin ich nicht wert; ich muß mich fast tot weinen; ich kann nicht leben und nicht sterben, weil ich so gefehlt hab', bring mein Mann und Kinder in die Höll. Wir sind all verloren; wir sehn einander nicht mehr; ich komme ins Zuchthaus und meine 2 Mädchen auch, wenn sie sich keinen Tod antun, weil sie in meinem Leib geboren sind. Wenn ich nur ledig geblieben wäre! Ich bring meine Kinder all in die Verdammnis, 5 Kinder! Zu wenig in mein Hals geschnitten, lauter unwürdige Beichte und Kommunion; ich bin gefallen und ist mir in meinem Leben nicht eingefallen; ich bin schuld, daß mein Mann gestorben ist und noch viele. Den Brand in unserm Ort hat Gott brennen lassen wegen mir; die vielen Leute bring ich in die Anstalt. Mein guter braver Johann war so fromm und muß sich's Leben nehmen; er hat 19 Mark bekommen am weißen Sonntag, und mit 19 Jahren hat sein Leben ein Ende. Meine 2 Mädchen stehen da, kein Vater, keine Mutter, kein Bruder, und niemand wird sie nehmen wegen ihrer schlechten Mutter. Gott gibt mir alles in den Sinn; ich kann Dir einen ganzen Bogen voll lauter Bedeutung schreiben; Du hast es nicht gesehen, was für Zeichen es getan hat. Ich habe gehört, wir brauchen nichts mehr, wir sind verloren."

Zu beachten ist neben den ausgeprägten Versündigungsideen die wahnhafte Überzeugung, daß der Mann gestorben sei und der Sohn sich das Leben nehmen müsse, namentlich aber die Neigung, „Zeichen" und „Bedeutung" herauszufinden, die Gott sendet (19 Mark und 19 Jahre), das Bedauern über das Mißglücken eines Selbstmordversuches durch Halsabschneiden, endlich die Bemerkung, daß der Kranken ihre vielen Sünden erst jetzt eingefallen sind.

Auch sein jetziges Tun und Treiben gibt dem Kranken vielfach die Anknüpfung für fortlaufende Selbstvorwürfe. Er merkt, daß er immer neue Fehler begeht, so dumm daherredet, Dinge sagt, die er nicht sagen will, alle beleidigt. „Was ich mache, ist verkehrt; ich muß immer alles wieder zurücknehmen, was ich rede", sagte ein Kranker. Er macht so viel Mühe, ist schuld, daß die Andern so

jammern, fortgebracht werden. „Ich werd' wohl der Täter sein von dem allen", meinte ein Kranker. Er hat alle Mitkranken hereingebracht, muß für alle sorgen, ist für sie verantwortlich, klagt, daß er doch nicht imstande sei, die andern zu füttern, den Dienst des Oberwärters zu versehen, für alle zu zahlen. Alle müssen hungern, wenn er ißt. Ein Kranker berichtete folgendermaßen über seine „Verstöße gegen die Herren Ärzte":

„Der Kranke F. ärgert sich gar oft über sich selbst, wenn er bei dem Besuche der Herren Ärzte nicht freundlicher grüßt bzw. dankt, gar manchmal sagt: „Ich habe die Ehre", welcher Ausdruck mißgedeutet werden kann. Die besseren und gebräuchlicheren Grußerwiderungen, wie „Guten Morgen", dann Dankesbezeugungen, wie „Habe besten Dank für den gütigen Besuch", werden oft unterlassen. Dann muß der Kranke über seine Lage, d. h. Körperlage und Stellung Ärgernis nehmen. Gar oft nimmt er nicht die so hohen Herren gegenüber erforderliche Haltung ein. Soeben wieder einen Verstoß gemacht; ich habe unterlassen, mich beim Vorübergehen des Herrn Oberarztes von meinem Sitz zu erheben. Am Waschtisch unterließ ich es, einem Knaben die Füllung des Waschbeckens zu zeigen. Allerdings hätte er mich darum bitten können. Die in der Nähe Befindlichen werden aber gewiß mein und nicht des Knaben Verhalten getadelt haben. Einmal unterließ ich es, einem Herrn Patienten Wasser zu reichen, als er solches verlangte. Zwar hat sich derselbe nicht direkt an mich gewandt; er rief nur in den Saal hinein; ihm waren andere viel näher, aber es wäre meine Pflicht gewesen, sofort seine Bitte zu erfüllen."

In engster Verbindung mit dem Versündigungswahne stehen vielfach Verfolgungsideen. Den Kranken erwartet überall Schande und Spott; er ist ehrlos, kann sich nirgends mehr sehen lassen. Die Leute schauen ihn an, stecken die Köpfe zusammen, räuspern sich, spucken vor ihm aus; sie mißbilligen seine Anwesenheit, empfinden sie als eine Beleidigung, können ihn nicht mehr unter sich dulden; er ist allen ein Dorn im Auge. Reden im Verein haben Bezug auf ihn; man redet durch die Blume von Frauenzimmergeschichten; er sei ein Zuhälter, solle sich aufhängen, weil er den Charakter nicht habe. Überall bemerkt er Zeichen. Die Schreiberin des oben mitgeteilten Briefes meinte, ihr verschlungener Haarknoten bedeute, daß ihr Mann sich erhängt habe, die Halstücher der Mitkranken, daß ihre Kinder daheim erkrankt seien. Ein Kranker schloß aus der Bemerkung: „Stille Wasser sind tief", daß er sich ertränken solle. Der Kranke bittet daher um Aufklärung; er hat nicht gewußt, daß es so um ihn steht. „Was tut man mit mir?" fragt er ängstlich. Ihm werden so

Sachen vorgestellt, als ob er jeden Schritt und Tritt in seinem Leben nicht richtig gemacht hätte; er wehrt sich daher verzweifelt gegen die vermeintlichen Anschuldigungen, beteuert seine Unschuld. Ich habe doch nichts Schlechtes getan, nichts gestohlen, das Vaterland nicht verraten, hört man solche Kranken jammern. Sie fürchten, daß man sie beim Tode eines Angehörigen im Verdacht des Giftmordes haben könne („Ist denn Gift gefunden?“), daß man sie wegen einer Majestätsbeleidigung, wegen eines geplanten Attentates zur Rechenschaft ziehen wolle.

Überall droht dem Kranken Gefahr. Die Mädchen lesen seine Briefe; im Hause sind fremde Menschen; ein verdächtiges Automobil fährt vorbei. Man verhöhnt ihn, wird ihn prügeln, schimpflich aus seiner Stelle jagen, einkerkern, vor Gericht stellen, öffentlich preisgeben, deportieren, ihm seine Orden nehmen, ihn ins Feuer werfen, ersäufen. Die Leute stehen schon draußen; die Anklageschrift ist bereits geschrieben; das Schaffot wird gezimmert; er muß nackt und elend herumlaufen, ist ganz verlassen, aus der menschlichen Gesellschaft ausgeschlossen, verloren an Leib und Seele. Auch die Angehörigen werden gemartert, müssen leiden; „sie werden doch hoffentlich noch daheim sein?“ Die Familie ist eingesperrt; die Frau hat sich ertränkt; die Eltern sind ermordet; die Tochter irrt ohne Kleider im Schnee herum. Alles geht verkehrt; der Haushalt geht zugrunde; es ist nichts mehr da, als lauter Fetzen; die Wäsche ist vertauscht. Die Sachen sind verpfändet; das Geld reicht nicht, ist falsch; alles kostet zu viel; alle müssen verhungern. Eine Frau meinte, ihr Mann möge sie nicht mehr; er wolle sie totschlagen. Andere geben den Mann frei, fordern ihn auf, sich scheiden zu lassen.

Auch sein körperlicher Zustand erscheint dem Kranken, vielleicht im Zusammenhange mit den früher geschilderten Mißempfindungen, häufig schwer gefährdet. Er ist unheilbar krank, halbtot, kein richtiger Mensch mehr, hat ein Lungenleiden, einen Bandwurm, einen Krebs im Halse, kann nicht schlucken, behält das Essen nicht bei sich, hat so dünnen und so häufigen Stuhl. Gesicht und Figur haben sich verändert; im Gehirn ist kein Blut mehr; er sieht nicht mehr, muß verrückt werden, sein Leben lang in der Anstalt bleiben, sterben, ist schon gestorben. Durch Onanie ist er impotent geworden, hat den Schanker von Geburt, eine unheilbare Blutvergiftung, steckt

alle an; man darf ihn nicht berühren; eine Frau ließ deswegen das Brot nicht mehr im Hause backen. Die Personen seiner Umgebung werden krank und gelb durch die garstige Ausdünstung des Kranken, sind schon geistesgestört und lebensüberdrüßig. Weibliche Kranke fühlen sich schwanger, sind geschlechtlich gemißbraucht worden. Eine solche Kranke mit tief bekümmertem Gesichtsausdrucke stellt die Fig. 227 dar.

Durch starkes Hervortreten der Verfolgungsideen und der Gehörstäuschungen bei erhaltener Besonnenheit können bisweilen Krankheitsbilder entstehen, die sehr an den Alkoholwahnsinn erinnern, ohne daß doch dem Alkohol dabei eine ursächliche Bedeutung zukäme („paranoide Melancholie"). Die Kranken fühlen sich beobachtet, werden von Spionen verfolgt, von verkappten Mördern bedroht, erblicken einen Dolch in der Hand des Nachbarn. Sie hören auf der Straße, im Wirtshause vom Nachbartische einzelne Bemerkungen über sich fallen. Im Nebenzimmer findet eine Gerichtssitzung über sie statt; es werden Ränke gesponnen, Versuche an ihnen gemacht; mit geheimen Worten und mit verdächtigen Gebärden wird gedroht; die Personen werden wahnhaft verkannt. Einer meiner Kranken suchte sich durch eine Reise den Verfolgern zu entziehen, merkte aber schon in der Bahn, daß sie ihn begleiteten, ging nur mitten auf der Straße, weil die Stimmen ihn mit Erschießen bedrohten, sobald er rechts oder links abwiche.


Fig. 227. Depression.

Das Bewußtsein der Kranken ist im Verlaufe der hier geschilderten Formen zumeist ungetrübt, Besonnenheit und Orientierung erhalten. Die Kranken fassen die Reden und Vorgänge in ihrer Umgebung richtig auf, freilich um sie vielfach in wahnhafter Weise umzudeuten. Sie glauben vielleicht, nicht in der richtigen Anstalt, bei richtigen Ärzten, sondern im Zuchthause zu sein, halten Mitkranke für Bekannte oder Angehörige, reden den Arzt mit: „Herr

Staatsanwalt“ an; die Briefe sind gefälscht; die Äußerungen der Umgebung haben einen versteckten Sinn. Ihr Gedankengang ist geordnet und zusammenhängend, wenn auch meist sehr einförmig; die Kranken bewegen sich immer in denselben Vorstellungskreisen, kommen bei Ablenkungsversuchen sofort wieder ins alte Geleise zurück. Alle geistige Tätigkeit ist in der Regel erschwert. Die Kranken sind zerstreut, vergeßlich, ermüden rasch, kommen langsam oder gar nicht vorwärts, sind dabei manchmal in Einzelheiten von peinlichster Genauigkeit. Öfters besteht ein gewisses Krankheitsgefühl. Der Kopf ist verfinstert; der Kranke redet von seinen Hirngespinsten; „ich hab's gerade wie eine Gemütskrankheit“; „Verstand, Vernunft und die fünf Sinne fehlen“. Von einer wirklichen Krankheitseinsicht ist jedoch keine Rede. Selbst der Hinweis auf frühere, ähnliche, von dem Kranken richtig beurteilte Anfälle macht auf ihn keinen Eindruck. Damals war alles noch ganz anders; jetzt steht es viel schlimmer; jetzt ist jede Möglichkeit einer Rettung ausgeschlossen.

Die Stimmung ist düster, verzagt, verzweifelt. Durch Zureden oder Besuche der Angehörigen kann sie meist etwas beeinflußt werden; bisweilen erfolgen bei solchem Anlasse lebhafte Aufregungen. Dagegen machen unangenehme Nachrichten oft wenig Eindruck. Auch die Vorgänge in der Umgebung pflegen die Kranken wenig zu berühren. „Der Lärm geniert mich nicht, aber die Unruhe in mir“, sagte eine Kranke, als ihr mit Rücksicht auf die störende Umgebung die Versetzung auf eine andere Abteilung vorgeschlagen wurde. Gerade über die starke innere Aufregung klagen die Kranken trotz äußerlich ruhigen Verhaltens sehr häufig; sie kann sich dann zeitweise in heftigen Angstausbrüchen Luft machen. Nicht selten nimmt sie die Gestalt eines unstillbaren Heimwehs an, das die Kranken dazu treibt, unablässig und taub gegen alle Vernunftgründe fortzudrängen. Gibt man dem nach, so pflegt sich die Gemütslage daheim in der Regel rasch zu verschlechtern. Manche Kranke erscheinen im Zusammenhalte mit ihren Wahnvorstellungen merkwürdig stumpf und teilnahmlos, gelegentlich auch wohl aufgeräumt und selbst heiter.

Im Handeln der Kranken macht sich einerseits ihre Willenshemmung, andererseits der Einfluß ihrer Wahnvorstellungen und Stimmungen geltend. Sie fühlen sich müde, ruhebedürftig, vermögen

nicht mehr für sich zu sorgen, lassen sich verwahrlosen, geben kein Geld mehr aus, nehmen keine Nahrung zu sich, tragen die schlechtesten Kleider, weigern sich, die Gehaltsquittung zu unterschreiben, da sie ja doch nichts geleistet hätten. Sie schließen sich ein, legen sich ins Bett, liegen steif, mit bekümmertem Ausdrucke, in gebundener Stellung, bisweilen mit geschlossenen Augen da oder sitzen zaghaft auf der Bettkante, weil sie sich nicht getrauen, sich hinzulegen. Andeutungen von Befehlsautomatie sind nicht selten. Bei anderen Kranken überwiegt die ängstliche Unruhe. Sie laufen im Hemde fort, bleiben tagelang im Walde, bitten um Verzeihung, flehen um Erbarmen, knien, beten, zupfen an den Kleidern, nesteln im Haare, reiben unruhig die Hände, stoßen unartikulierte Schreie aus. Ihre Äußerungen sind in der Regel sehr einsilbig; man hat große Mühe, etwas aus ihnen herauszubringen. Sie erzählen nicht aus eigenem Antriebe, verstummen sofort wieder, zeigen aber dabei in ihren Schriftstücken bisweilen eine flüssige und gewandte Darstellungsweise. Die Sprache ist meist leise, eintönig, stockend und selbst stotternd; die Schrift zeigt öfters verschwommene, kritzelige Züge, auch gelegentlich Auslassungen und Verdoppelungen von Buchstaben.

Von allergrößter praktischer Bedeutung ist die außerordentlich starke Selbstmordneigung der Kranken. Bisweilen begleitet sie dauernd den ganzen Krankheitsverlauf, ohne daß es doch wegen der Entschlußunfähigkeit der Kranken zu einem ernsthaften Versuche käme. Der Kranke kauft sich einen Revolver, trägt ihn mit sich herum, bringt ihn mit in die Anstalt. Er möchte sterben, bittet, ihm den Kopf herunterzumachen, ihm Gift zu besorgen, knüpft sich ein Tuch um den Hals, geht in den Wald, um sich einen Baum zum Erhängen auszusuchen; er ritzt sich mit dem Taschenmesser am Handgelenk oder stößt mit dem Kopfe gegen die Tischkante. Eine meiner Kranken kaufte sich Strychninweizen und Phosphorpasta, nahm aber zum Glück nur den ersteren, weil der Phosphor „zu wüst roch“. Eine andere trat auf die Fensterbrüstung im zweiten Stocke, um sich hinunterzustürzen, kehrte aber ins Zimmer zurück, als ihr ein zufällig vorübergehender Polizist mit dem Finger drohte.

Dennoch ist die Selbstmordgefahr unter allen Umständen eine ungemein ernste, da die Willenshemmung rasch verschwinden oder durch eine heftige Gemütsbewegung durchbrochen werden kann.

Manchmal taucht der Selbstmorddrang ganz plötzlich auf, ohne daß die Kranken sich über ihre Beweggründe Rechenschaft geben können. Eine meiner Kranken war mit häuslicher Arbeit beschäftigt, als ihr ganz unvermittelt der Antrieb kam, sich zu erhängen; sie führte das sofort aus und wurde nur mit Mühe gerettet. Auch nachträglich vermochte sie keine Erklärung für ihr Handeln zu geben, erinnerte sich des ganzen Vorganges nur dunkel. Bisweilen ist ein Selbstmordversuch nach unbestimmten Vorboten das erste deutliche Krankheitszeichen. Nur allzuoft verstehen es die Kranken, ihre Selbstmordabsichten hinter einem anscheinend heiteren Wesen zu verbergen, um dann die Durchführung ihrer Absicht im geeigneten Augenblicke planmäßig vorzubereiten. Die ihnen zu Gebote stehenden Möglichkeiten sind zahlreiche. Sie können sich, indem sie die Wachsamkeit ihrer Umgebung täuschen, in der Badewanne ertränken, an der Türklinke, an irgendeiner vorspringenden Ecke im Aborte erhängen, ja selbst sich im Bette unter der Decke mit einem Handtuche oder Leinenstreifen erdrosseln; sie können Nadeln, Nägel, Glasscherben, ja ganze Löffel verschlucken, irgendeine Arznei austrinken, Schlafpulver aufsparen, um sie dann mit einem Male zu nehmen, sich die Treppe hinunterstürzen, den Schädel mit einem schweren Gegenstande zertrümmern usf. Eine Kranke wußte durch Zwischenstecken von Papier zu verhindern, daß der obere, unvergitterte Teil eines Fensters richtig geschlossen wurde, und stürzte sich dann in einem unbewachten Augenblicke aus dem zweiten Stock hinunter; eine andere, die kurz vor ihrer Entlassung stand, entnahm, als sie sich wenige Minuten allein in der Spülküche befand, dem aus Nachlässigkeit nicht verschlossenen Schranke ein Fläschchen mit Spiritus und ein Streichholz, übergoß sich und zündete sich an. Gar nicht selten taucht in den Kranken der Gedanke auf, auch die Familie fortzuräumen, weil es besser wäre, wenn sie nicht mehr lebte; sie suchen dann die Frau zu erdrosseln, den Kindern den Hals abzuschneiden, gehen mit ihnen ins Wasser, damit sie nicht auch so unglücklich werden, keine Stiefeltern bekommen.

Eine weitere, ziemlich umfangreiche Gruppe von Fällen ist durch eine noch stärkere Entwicklung der wahnbildenden Vorgänge ausgezeichnet; wir können sie vielleicht als „phantastische Melancholie" bezeichnen. Reichliche Sinnestäuschungen treten auf.

Der Kranke sieht böse Geister, den Tod, Tierköpfe, Rauch in der Wohnung, schwarze Männer auf den Dächern, Haufen von Untieren, junge Löwen, einen grauen Kopf mit spitzen Zähnen, Engel, Heilige, verstorbene Angehörige, die Dreifaltigkeit am Firmament, einen Kopf, der in die Luft steigt. Namentlich nachts spielen sich abenteuerliche Vorgänge ab. Eine verstorbene Freundin sitzt auf dem Kopfkissen und erzählt der Kranken Geschichten; der Kranke glaubt auf einem Schiffe zu fahren; der liebe Gott steht am Bett und schreibt alles auf; der Teufel lauert hinter dem Bette; der Satan und die Mutter Gottes kommen aus dem Boden herauf. Gott spricht im Donnerwort; der Teufel redet in der Kirche; in der Wand regt sichs. Der Kranke hört seine gemarterten Angehörigen jammern und schreien; die Vögel pfeifen seinen Namen, rufen, daß er eingefangen werden solle. „Das ist ein Schwarzer, ein Sozi", heißt es, „Vagabund", „tut ihn fort, tut ihn fort", „Sehen Sie, das ist der Wichser", „jetzt kommt sie, jetzt gibt's wieder Blut", „jetzt haben wir sie schön erwischt", „du hast ja nichts mehr", „kommst in die Hölle". Eine Frau steht an der Türe und gibt den Verfolgern Nachricht; im Magen spricht es: „Du mußt noch lange warten, bis du verhaftet wirst; du kommst ins Fegefeuer, wenn die Glocken läuten." Der Kranke wird durch das Telephon elektrisiert, nachts mit Röntgenstrahlen durchleuchtet, an den Haaren gezogen; in seinem Bette liegt jemand; das Essen schmeckt nach Seifenwasser oder Kot, nach Leichen und Brandigem.

Neben solchen eigentlichen Sinnestäuschungen finden sich noch vielfache wahnhafte Deutungen wirklicher Wahrnehmungen. Der Kranke hört Mörder kommen; jemand schleicht ums Bett; unter dem Bette liegt ein Mann mit geladenem Gewehr; ein Elektromagnet knistert. Leute mit grünen Hüten oder schwarzen Brillen folgen ihm auf der Straße; im Hause gegenüber macht jemand auffallende Verbeugungen; die Automobile erzeugen ein ganz besonderes Geräusch; im Nebenzimmer werden Messer gewetzt; die Telephongespräche beziehen sich auf ihn. Theaterstücke, der Roman in der Zeitung beschäftigen sich mit dem Kranken; auf einer Postkarte stehen Beschimpfungen; eine Kranke fand ihren Hut zum Spott in einem Modenblatte abgebildet. Es werde viel geredet, meinte eine andere, und sie bilde sich ein, es beziehe sich auf sie. Die Worte der Umgebung haben einen versteckten Sinn. Eine Kranke behauptete,

die Ärzte sprächen eine „Universalsprache", in der sie alle Gedanken in ganz anderer, ihr unverständlicher Form ausdrückten. Aus allen Wahrnehmungen werden die absonderlichsten Schlüsse gezogen; fliegende Raben bedeuten, daß die Tochter im Keller zerstückelt wird; der Sohn hat beim Besuche einen schwarzen Schlips getragen, also ist das kleinste tot. Alles ist „so verhängnisvoll", Komödie und Blendwerk; „alles fingiert, alles Talmi", meinte ein Kranker. Das Essen ist Fleisch und Blut der eigenen Angehörigen, das Licht ein Totenlicht, das Bett ein Zauberbett, der rasselnde Wagen draußen ein Leichenwagen. Es ist eine ganz andere Welt, nicht die richtige Stadt, ein ganz anderes Jahrhundert. Die Uhren schlagen falsch; die Briefe sind wie von fremden Menschen, die Pfandbriefe vertauscht, das Sparkassenbuch ungültig. Die Bäume im Walde, die Felsen erscheinen unnatürlich, als wenn sie künstlich gemacht, für den Kranken eigens aufgebaut wären, ja selbst die Sonne, der Mond, das Wetter sind nicht wie früher. Einer meiner Kranken hielt die Sonne für künstliche elektrische Beleuchtung und beklagte sich über die Schwäche seiner Augen, weil er die eigentliche Sonne (in der Nacht) nicht sehen könne.

Die Personen, die den Kranken besuchen, sind nicht die richtigen, werden ihm nur vorgemacht. Die Ärzte sind nur „Gestalten"; er glaubt sich „von Elementargeistern" umgeben; die Kinder erscheinen verändert. Die Krankenschwester ist eine verkleidete Kaiserin; eine Mitkranke hält die Kranke für ihren Mann; die Wärter führen falsche Namen. Die Frau ist eine Hexe, das Kind eine Wildkatze, ein Hund. Eine Kranke bemerkte, daß ihr Mann schwarz aussah und griff ihn deswegen mit einer Flasche an.

Die zahlreichen Wahnvorstellungen zeigen einen ganz abenteuerlichen Inhalt. Der Kranke hat Todsünden begangen, eine Entgleisung verursacht, viele Menschen umgebracht, eine uralte Schuld auf sich geladen, viele Seelen ermordet; er hat Urkundenfälschung, Erbschleicherei begangen, eine Epidemie veranlaßt. Wegen Jugendsünden ist er in Untersuchungshaft, hat sich mit Vieh vergangen; er vergiftet die ganze Welt durch seine Onanie. Das Firmament hat er heruntergerissen, die Gnadenquelle fortgetrunken, die Dreifaltigkeit gepeinigt; Städte und Länder werden um seinetwillen verwüstet. Die anderen Kranken sind durch seine Schuld da, werden um seinetwillen geköpft; jedesmal, wenn er ißt, sich im Bett

herumdreht, wird jemand hingerichtet; drüben geht die Teufelsmühle; da werden sie umgebracht. Weibliche Kranke haben ein Kind abgetrieben, waren verschwenderisch, keine guten Hausfrauen, müssen des Teufels Hure machen.

Weil er an allem Unglück schuld ist, kommt der Kranke in die Hölle. Der Teufel fuhr durch den Schornstein, um ihn mitzunehmen, hat ihn am Genick, sitzt als schwarzes Tier mit scharfen Krallen in seiner Brust, spricht in seinem Herzen; er ist selbst in den Teufel verwandelt; auch der verstorbene Sohn kommt nicht in den Himmel. Man sieht ihm die Schlechtigkeit an der Stirne an; alle wissen seine Verbrechen. Niemand mag ihn mehr; er ist von Spionen umgeben, wird von Polizisten beobachtet, von verdächtigen Personen verfolgt; die Kriminaler warten auf ihn; der Richter ist schon da. Man schleppt ihn nach Sibirien, ins Zuchthaus; er wird elektrisch hingerichtet, erstochen, erschossen, mit Petroleum übergossen, an eine Leiche gebunden, mit dem Automobil überfahren, zerhackt, in 1000 Stücke zerfetzt, geschunden, von Mäusen gefressen, nackt im wilden Wald von Wölfen zerrissen. Ihm werden die Finger abgehackt, die Augen ausgestochen, die Geschlechtsteile, die Eingeweide weggeschnitten, die Nägel ausgerissen; Frauen wird die Gebärmutter gestreckt. Das jüngste Gericht kommt; die Rache Gottes bricht herein. Heute ist der Sterbetag, die Henkersmahlzeit; das Bett ist ein Schaffot; der Kranke will noch einmal beichten. Auch über die Familie ergießt sich das Unglück. Die Angehörigen werden vom Pöbel gekreuzigt; die Tochter ist im Zuchthause; der Schwiegersohn hat sich erhängt; Eltern und Geschwister sind tot, die Kinder verbrannt, der Mann ermordet; die Schwester wurde zerschnitten, in einer Kiste fortgeschickt, der Leichnam des Sohnes an die Anatomie verkauft.

Im Hause wird der Kranke von allen geneckt, zum Narren gehalten, chikaniert; man hat keinen Respekt vor ihm, spuckt ihm ins Gesicht; die Dienstboten nehmen ihm alles mit den Fingerspitzen ab, weil sie ihn für syphilitisch halten. Alle tun sich zusammen, lassen ihren Zorn an ihm aus; viele Hunde sind des Hasen Tod. Die Telephongespräche wurden belauscht; die Wohnung wurde durchsucht; Wäsche kam fort; am Bund fanden sich falsche Schlüssel; die Kinder wurden nachts mit Gas betäubt. Der Kranke ist von einer

internationalen Räuberbande umgeben; das Haus sollte in die Luft gesprengt werden. Die Leute wußten seinen Lebenslauf und seine Gedanken. In der Nacht schläfert man ihn ein, bringt ihn fort und läßt ihn tolle Streiche begehen, für die er später verantwortlich gemacht wird. Eine 65jährige Kranke beklagte sich über unsittliche Angriffe, glaubte, in einem schlechten Hause untergebracht, in die Wochen gekommen zu sein; eine andere in gleichem Alter wähnte sich den Nachstellungen alter Junggesellen ausgesetzt, die sich zu ihr ins Bett legten; ein junges Mädchen fragte, ob sie ein Kind bekommen werde. Eine 48jährige Frau erklärte, sie sei schwanger, habe sich selbst befruchtet. Ein älterer Herr meinte allnächtlich in Bordells herumgeschleppt und dort syphilitisch gemacht zu werden. „Ich bin wieder da", sagte eine Kranke bei jeder Visite, da sie der Ansicht war, sie werde immer fortgeführt, jede Stunde an einen andern Ort.

Eine erhebliche Entwicklung pflegen auch die hypochondrischen Wahnvorstellungen zu erreichen; sie ähneln oft ganz denjenigen der Paralytiker. In dem Kranken ist alles abgestorben, verfault, verbrannt, versteinert, hohl; es ist eine Art Verwesung in ihm. Er hat die Syphilis vierten Grades; sein Hauch ist giftig; er hat die Kinder, die ganze Stadt angesteckt. Der Kopf ändert seine Form, ist so groß wie Palästina; die Hände und Füße sind nicht mehr wie früher, die Knochen dicker geworden, heruntergerutscht; alle Glieder sind aus dem Gelenk; der Körper hat keinen Zusammenhalt mehr, dehnt sich aus und schrumpft zusammen. Im Schädel ist Dreck; das Gehirn zergeht; der Teufel hat es durch einen Schuß Blut in den Hinterkopf verschoben. Das Herz kocht kein Blut mehr, ist ein totes Stück Fleisch; die Adern sind eingetrocknet, mit Gift gefüllt; es findet kein Blutkreislauf mehr statt; die Säfte sind fort. Alles ist zu; im Halse steckt ein Knochen, ein Stein; Magen und Darm sind nicht mehr da. Im Leibe sitzt ein Wurm, im Magen ein haariges Tier; das Essen fällt zwischen den Därmen herunter in den Hodensack; Harn und Stuhl gehen nicht ab; die Gedärme sind zerfressen. Die Hoden sind zerquetscht, verschwunden; die Geschlechtsteile werden kleiner. Die Schleimdrüsen sind heraufgekommen; das Leben ist zerrissen; am Nabel tut's umeinanderkugeln. In der Nase ist ein Loch; im Kiefer, in allen Gliedern steckt Eiter und geht massenhaft mit dem Stuhlgang, mit dem Räuspern fort; der Kranke

stinkt aus dem Gaumen. Die Haut ist über den Achseln zu eng; unter ihr liegen Würmer und krabbeln. Ein Kranker erklärte, er sei seit 11 Jahren ein Geist, habe nur noch die inneren Organe; bei einem Todesfall sei der Tod durch ihn hindurch gefahren und habe die Gedärme mitgenommen; er zeigte noch die Narbe. Eine Kranke behauptete, in ihr sei Eisen; die Bettstatt ziehe sie an; eine andere meinte, sie werde ein Kind mit einem Katzenkopfe bekommen. Manche Kranke glauben innerlich verhext, in ein wildes Tier verwandelt zu sein, müssen bellen, rasen und toben; andere können nicht sitzen, nicht essen, keinen Schritt gehen, nicht die Hand reichen.

Die im vorigen schon vielfach angedeuteten Vernichtungsideen können eine weitere, ganz unsinnige Ausgestaltung erfahren. Der Kranke hat keinen Namen, keine Heimat mehr, ist nicht geboren, gehört gar nicht mehr zur Welt, ist kein Mensch mehr, nicht mehr da, ein Geist, eine Mißgeburt, ein Bild, ein Gespenst, „gerade nur so eine Gestalt". Er kann nicht leben und nicht sterben, muß so herumschweben, ewig auf der Welt sein, ist so alt wie die Welt, schon 100 Jahre da. Wenn man ihn mit der Axt vor den Kopf schlägt, ihm die Brust aufschneidet, ihn ins Feuer wirft, ist er doch nicht umzubringen. „Man kann mich nicht mehr begraben", sagte eine Kranke; „wenn ich mich auf die Wage setze, so heißt es: Null!" Die Welt ist untergegangen; es gibt keine Eisenbahnen, keine Städte, kein Geld, keine Betten, keine Ärzte mehr; das Meer läuft aus. Alle Menschen sind tot, mit „Heilserium vergiftet", verbrannt, verhungert, weil es nichts mehr zu essen gibt, weil der Kranke in seinen ungeheuren Magen alles hineingeschlungen, die Wasserleitung leer getrunken hat. Niemand ißt oder schläft mehr; der Kranke ist das einzige Wesen von Fleisch und Blut, allein auf der Welt. Eine Kranke erklärte, in ihren inneren Organen sei kein Blut; darum entzünde sich das elektrische Licht an ihr, so daß die ganze Menschheit und das Firmament in Feuer aufgehe; eine andere meinte, ein Gewitter werde die ganze Welt zerstören.

Das Bewußtsein der Kranken ist bei dieser Form vielfach etwas getrübt. Sie fassen schlecht auf, verstehen die Vorgänge nicht, vermögen nicht, zur Klarheit zu kommen. Sie klagen darüber, daß sie keinen richtigen Gedanken fassen können, „saudumm", verwirrt im Kopfe sind, sich nicht auskennen, auch wohl, daß sie so viele Ge-

danken im Kopfe haben, daß alles durcheinander gehe. Manche Kranke meinen, daß man sie durch die Arzneien, das viele Essen verwirrt gemacht, hypnotisiert habe, daß sie immerfort Unsinn reden, bald dies, bald jenes bekennen müßten, verrückt geworden seien. Dabei sind sie aber unfähig, selbst die gröbsten Widersprüche zu erkennen und zu berichtigen, wo ihre Wahnvorstellungen in Betracht kommen; sie behaupten, keinen Bissen mehr genießen zu können, während sie mit vollen Backen kauen; „dies ist mein letzter“ meinte eine Kranke jedesmal, wenn man sie auf den Widerspruch hinwies. Andere bitten, sie mit Gift aus der Welt zu schaffen, obgleich sie behaupten, überhaupt nicht sterben zu können.

Gleichwohl pflegt der Gedankengang der Kranken im allgemeinen geordnet zu sein. Sie sind auch vielfach imstande, über ihre persönlichen Verhältnisse und ferner liegende Dinge zutreffende und zusammenhängende Auskunft zu geben; freilich sind sie meist wenig geneigt, sich auf solche Unterhaltungen einzulassen, kommen sofort wieder auf ihre Wahnvorstellungen zurück. Ihre Stimmung ist bald eine dumpfe Verzagtheit, bald ängstliche Spannung oder Erregung; zeitweise sind sie auch abweisend, gereizt, zornig, zu Gewalttätigkeiten geneigt. Nicht ganz selten aber begegnet uns bei den Kranken ein Zug leiser Selbstironie; sie suchen ihre Sünden und Qualen in übermäßig aufdringlichen Farben zu schildern, wählen burschikose Bezeichnungen, gehen auf einen Scherz ein, lassen sich zum Lächeln bringen; auch erotische Stimmungen können sich geltend machen. Namentlich in den letzten Abschnitten des Krankheitsanfalles entwickelt sich häufig eine nörgelnde, unleidliche, widerwärtige Stimmung, die erst mit voller Genesung allmählich schwindet; eine Kranke erklärte, sie sei neidisch auf die andern Gotteskinder.

Auch die Willensstörungen sind keine ganz einheitlichen. Vielfach wird das Handeln der Kranken von einer Willenshemmung beherrscht; sie sind wortkarg, selbst stumm, kataleptisch, liegen mit leerem oder gespanntem Gesichtsausdrucke, oft mit geschlossenen Augen, im Bette, wehren Stiche nicht ab, befolgen keine Aufforderungen, nehmen nur widerstrebend Nahrung zu sich, verkriechen sich unter der Decke, werden gelegentlich unrein. Nur einzelne flüsternde Äußerungen („bittet für mich“, „was ist los?“), krampfhaftes Umklammern des Rosenkranzes, flehende Blicke, Erregung

bei Besuchen der Angehörigen lassen vielleicht die innere Spannung erraten. Manche Kranke fühlen sich unfrei, unter dem Einflusse einer höheren Macht; ein Kranker erklärte, die Leute hätten ihn in ihrer Gewalt; er habe den ganzen Willen verloren, sei ein gebrochener Mann; eine Kranke mußte Boden und Altar in der Kirche küssen.

Häufiger jedoch scheint mir ängstliche Unruhe zu sein, bisweilen im Wechsel mit leicht stuporösen Zuständen. Die Kranken bleiben nicht im Bette, wandern herum, jammern und wehklagen, oft in rhythmischem Tonfalle: „sündhafter Mensch, böser Mensch". Sie bitten um Schonung, da sie nichts begangen hätten; man möge sie erschlagen, lebendig begraben, in die äußerste Finsternis, in den Fluß, ins Feuer werfen, vergiften und dann sezieren lassen, nackt in den Wald hinaus jagen, am besten, wenn es recht friert; ein Kranker bat, ihn zur Hinrichtung hinunterzulassen. Sie weisen die Nahrung zurück, da sie des Essens nicht wert sind, den andern die Nahrung nicht wegnehmen wollen, nicht bezahlen können, Gift oder Unrat in den Speisen bemerken; sie möchten sich vom Abfall nähren und auf der Diele schlafen. Ein Kranker lief barfuß herum, um an die Kälte gewöhnt zu sein, wenn man ihn in den Schnee hinausjagen werde. Zeitweise können sich heftigere Erregungen einschieben. Die Kranken schreien, werfen sich auf den Boden, drängen sinnlos fort, schlagen sich an den Kopf, verkriechen sich unter dem Bett, machen verzweifelte Angriffe auf die Umgebung. Eine Kranke kniete in einem Kaufhause vor religiösen Bildern, suchte weltliche zu zerstören; eine andere machte sich in der Trambahn durch ihre lauten Selbstanklagen auffällig. Eine dritte ergriff in heftiger Angst das gefüllte Speiglas und entleerte es; ein ganz verstörter Kranker brachte plötzlich ein Hoch auf den Prinzregenten aus. Ernste Selbstmordversuche sind gerade in diesen Zuständen recht häufig; einer Kranken befahl Gott, ihre Angehörigen umzubringen.

Von der hier geschilderten Form, die im wesentlichen der „Melancholie mit Wahnideen" Griesingers, zum Teil auch dem „depressiven Wahnsinn" mancher Forscher entspricht, führen fließende Übergänge zu einer letzten, deliriösen Gruppe von Depressionszuständen hinüber, die durch tiefe, traumhafte Trübung des Bewußtseins gekennzeichnet ist. Auch hier entwickeln sich zahl-

reiche, schreckhafte, bunt wechselnde Sinnestäuschungen und verworrene Wahnvorstellungen. Die Gestalten verändern, die Gesichter verzerren sich; es ist wie eine „Seelenwanderung". Die Frau kommt dem Kranken „komisch" vor; die nächsten Angehörigen werden verkannt; ein Fremder wird für den Geliebten gehalten; eine Frau glaubte, ihr Mann sei närrisch. Der Kranke sieht die Mutter Gottes, das Jesuskind, Geister, Teufel, Männer, die arme Seelen mit dem Schwerte töten wollen. Alle Leute sind in Trauer; es muß jemand gestorben sein. Wolken senken sich nieder; Feuer und Flammen schlagen empor; Gebäude mit Verwundeten brennen; Kanonen werden aufgefahren; die Fenster drehen sich; der Himmel stürzt ein. Das Zimmer dehnt sich aus ins Unendliche, wird zum Himmel, in dem Gott auf dem Throne sitzt, oder zum engen Grabe, in dem der Kranke erstickt, während draußen Totengebete gemurmelt werden. Auf einem hohen Berge sitzt ein kleines Männchen mit einem Regenschirm, das immer wieder vom Winde heruntergeblasen wird. Der Kranke hört Schießen, den Teufel reden, Schreie, erschreckende Stimmen; 27 mal heißt es: „Du sollst verrecken!" Draußen wird das Schaffot aufgeschlagen; eine zahlreiche Gesellschaft beobachtet und verspottet ihn; der Ofen macht bissige Bemerkungen; der Kranke wird aufgefordert, sich aufzuhängen, um seine Schande zu begraben, spürt Brennen am Leibe.

Er befindet sich in einer falschen Wohnung, im Gerichtsgebäude, in einem schlechten Hause, im Gefängnis, im Fegefeuer, auf schaukelndem Schiffe, wohnt der feierlichen Beerdigung eines Fürsten mit Trauermusik und großem Gefolge bei, fliegt im Weltenraum herum. Die Personen um ihn haben eine geheimnisvolle Bedeutung, sind geschichtliche Größen, Gottheiten; die Kaiserin, als Dienstmagd verkleidet, putzt die Stiefel. Der Kranke selbst ist anderen Geschlechtes geworden, geschwollen wie ein Faß, leidet an Mundfäule und Krebs; er ist von hoher Abkunft, Schutzengel, der Welterlöser, ein Schlachtroß. Man stellt ihn vor Gericht; er ist an allem Unglück schuld, hat Verräterei begangen, das Haus angezündet, wird verdammt, verschworen und verflucht; es dringt ihm durch den ganzen Leib. Die Lunge soll ihm herausgerissen werden; wilde Tiere werden ihn fressen; man läßt ihn nackt auf der Straße herumlaufen, stellt ihn als siamesischen Zwilling öffentlich aus. Ein Kranker rief aus dem Fenster: „Mich holt der Teufel!"; eine Kranke fragte: „Darf ich im offnen Tode

sterben?" Der Kranke fühlt sich ganz verlassen, weiß nicht, welches Unrecht er begangen hat, schreit laut: ,,Das ist nicht wahr!" Die Kinder sind vom Vater erschossen; der Mann will die Schwester heiraten, der Schwiegervater die Tochter töten; der Bruder droht mit Erschlagen. Alle sind verloren; alles geht unter; alles fällt zusammen; alles ist unterminiert. Es siedet und brennt; es ist Revolution, Mord und Krieg; im Hause ist eine Höllenmaschine; es gibt keine Gerechtigkeit Gottes mehr. Die ganze Welt verbrennt und erstarrt dann wieder zu Eis; der Kranke ist der letzte Mensch, der ewige Jude, allein in der Verwüstung, eingemauert in Sibirien.

Während dieser wechselnden, traumhaften Erlebnisse sind die Kranken äußerlich meist stark gehemmt, kaum imstande, ein Wort zu sprechen. Sie fühlen sich wirr im Kopfe, ratlos, können ihre Gedanken nicht zusammenfassen, wissen gar nichts mehr, geben widerspruchsvolle, unverständliche, beziehungslose Antworten, verflechten gehörte Worte in ihre abgerissenen, langsam, wie staunend vorgebrachten Äußerungen. Die folgende Nachschrift läßt die tiefe Verworrenheit deutlich erkennen:

,,Eine Stimme hat die andere verstickt — Nein, so wars nicht — Es ist etwas sonderbar — Es war ganz anders — Das Haus ist überzwerch — Alle haben Gift — Nein, die haben das geschrieen — Nein, ich hab's extra geschrieben — Ja, jetzt ess' ich nichts mehr — Hätten Sie es anders nun gemacht, dann wär's besser gewesen — Sie hätten gar nichts geschrieben — Die hat alle Leute verschreckt — Es ist halt keine richtige Schildwache droben — jetzt wird's nicht mehr besser —".

Meist liegen die Kranken, ohne lebhaftere Gefühlsregungen zu verraten, stumm, unzugänglich, teilnahmlos im Bett, lassen unter sich gehen, stieren mit leerem, maskenartigem Gesichtsausdrucke und weit geöffneten Augen vor sich hin. Befehlsautomatie wechselt mit ängstlichem Widerstreben; zeitweise nehmen die Kranken eigentümliche Stellungen ein, machen absonderliche Bewegungen. Vorübergehend werden sie unruhig, gehen aus dem Bette, wandern langsam hin und her, drängen fort, suchen herum, wollen andere aus dem Bette reißen, ringen die Hände, klammern sich an, schreien auf, bitten um Verzeihung, beteuern ihre Unschuld. Auch Selbstmordversuche kommen vor; eine Kranke ging mit ihren Kindern ins Wasser und erklärte: ,,Der Teufel und der Blitz und die Elektrizität waren in mir." Die Nahrungsaufnahme wird durch das Widerstreben der Kranken vielfach sehr erschwert.

Der Verlauf der Depressionszustände ist im allgemeinen ein schleppenderer, namentlich in höherem Lebensalter. Nicht selten gehen ihrer Entwicklung schon jahrelang schwankende nervöse Störungen und leichtere reizbare oder depressive Verstimmungen voraus, bis dann die ausgeprägteren Krankheitserscheinungen einsetzen; manchmal erscheinen sie nur als Steigerung eines schon von jeher bestehenden, leichteren krankhaften Zustandes. Die Dauer der Anfälle ist gewöhnlich eine längere, als bei der Manie; sie kann aber ebenfalls zwischen wenigen Tagen und mehr als einem Jahrzehnt schwanken. Der Nachlaß der Krankheitserscheinungen vollzieht sich regelmäßig in vielen Schwankungen; nicht selten entwickelt sich dabei ein ungeduldiges, nörgelndes, unzufriedenes Wesen, mit Unruhe und unablässigem Fortdrängen, das wohl auf die Beimischung leicht manischer Störungen zurückzuführen ist.

Wo die Depression auffallend rasch schwindet, muß man auf den Umschlag in einen manischen Anfall gefaßt sein. Die Besserung des psychischen Zustandes ist für den Beobachter oft schon sehr augenfällig, während der Kranke sich noch gar nicht leichter, ja schlechter fühlt, als früher. Das hängt vielleicht damit zusammen, daß er mit der Rückkehr der natürlichen Gefühlsbetonungen die Störung deutlicher empfindet, als auf der Höhe des Leidens. Späterhin kann dann an die Stelle der Depression ein erhöhtes Wohlgefühl treten, das wir wohl auch dann als manische Andeutung aufzufassen haben, wenn es keine eigentlich krankhafte Ausdehnung gewinnt. Eine Kranke schrieb in einem Dankesbriefe kurz nach der Genesung von einer längeren Depression:

„Ich bin nun ein so glückliches Menschenkind, wie ich es in meinem ganzen Leben noch nicht war; ich fühle direkt, daß diese Krankheit, wenn auch ganz wahnsinnig zum Aushalten, kommen mußte. Jetzt endlich mal, nach schwerem Kampfe, kann ich einer ruhigen Zukunft entgegegensehen. Mein Geist ist so frisch; brauche mich absolut nicht einzulernen, koche mit der größten Gemütsruhe .. nebenbei behalte ich meine Ideale, die mir das Leben, Gott sei Dank, trotz allem Schrecklichen ließ. Und so ist meine Seele in größter Ruhe."

In anderen Fällen dauern Mutlosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Arbeitsunlust, Empfindlichkeit noch lange Zeit an, nachdem die auffallenderen Krankheitserscheinungen geschwunden sind. Gelegentlich sieht man auch die auf der Höhe des Anfalles entstandenen Sinnestäuschungen erst ganz allmählich sich verlieren, obgleich die

Kranken im übrigen psychisch vollkommen frei geworden sind und klare Einsicht in die Krankhaftigkeit der Störung gewonnen haben. Eine Kranke, die nach der Genesung von einer schweren, verworrenen Depression noch eine Reihe von Wochen in abnehmender Stärke „ihr Gehirn schwätzen" hörte, machte darüber folgende Aufzeichnungen:

„Ich hab' nichts mehr, ich thu nichts mehr, ich mag niemand mehr, Du untertäniges Ding, Du; es liegt mir nicht im Sinn — muß her — meines Absterbens, Amen — muß her — sie müssen her; ich kenne niemanden mehr — ach Gott, ach Gott, was fang' ich an noch, wo Du alles beleidigt hast da herin, Du unverschämtes Frauenzimmer, Du . . ."

Der Inhalt dieser, einen gewissen Rhythmus verratenden Gehörstäuschungen ist zum Teil abspringend und zusammenhanglos, läßt aber im übrigen noch die Gedankengänge erkennen, von denen die Kranke in ihrer Depression beherrscht wurde.

Mischzustände[1]. Wenn man genauer eine größere Zahl von Fällen verfolgt, die den verschiedenen Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins angehören, so macht man bald die Beobachtung, daß zwischen den bisher auseinandergehaltenen Grundformen, der manischen Erregung und der Depression, zahlreiche Übergänge bestehen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß die einzelnen Anfälle der Krankheit keineswegs dauernd eine einheitliche Färbung haben. Manische Kranke können vorübergehend nicht nur traurig oder verzweifelt, sondern auch still und gehemmt erscheinen; depressive beginnen zu lächeln, ein Lied zu singen, herumzulaufen. Solche plötzliche Umschläge für Stunden oder ganze Tage sind in der einen wie in der anderen Richtung ungemein häufig. Ein Kranker geht vielleicht verstimmt und gehemmt zu Bette, wacht plötzlich mit dem Gefühle auf, als ob ein Schleier von seinem Hirn weggezogen wäre, verbringt den Tag in manischer Schaffensfreudigkeit, um am nächsten Morgen zerschlagen, mit schwerem Kopfe das ganze Elend seines Zustandes wieder in sich vorzufinden. Oder der hypomanische, übermütige Kranke unternimmt ganz unvermutet einen schweren Selbstmordversuch.

Sodann aber begegnen uns ungemein häufig vorübergehend Zustandsbilder, die weder der manischen Erregung noch der Depression genau entsprechen, sondern eine Mischung von Krank-

[1] Weygandt, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. Habilitationsschrift. 1899.

heitszeichen der beiden Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins darstellen. Am klarsten wird dieses Verhältnis in den Übergangszeiten aus einem Zustande in den anderen, die sich oft über Wochen und Monate hin erstrecken. Wir sehen dabei die Erscheinungen des einen Bildes nicht immer auf allen Gebieten des Seelenlebens gleichmäßig verschwinden, um nach einer Zeit farblosen Gleichgewichtes durch die allmählich sich entwickelnden andersartigen Störungen ersetzt zu werden. Vielmehr verlieren sich einzelne Krankheitszeichen des früheren Abschnittes schneller, andere langsamer, und daneben tauchen schon diese oder jene Erscheinungen des neu sich ausbildenden Zustandes auf. Richtet man sein Augenmerk genauer auf diese Übergangszeiten, so ist man erstaunt über die Mannigfaltigkeit der hier sich zeigenden Zustandsbilder, die zum Teil mit den schulgerechten Anfällen kaum noch vereinbar erscheinen. Dennoch glaube ich, daß wir auch diese Zustände unserem Verständnisse näher bringen können, wenn wir annehmen, daß sie eben aus einer verschiedenartigen Mischung der Grundstörungen des manisch-depressiven Irreseins hervorgehen.

Gehen wir aus von den schulmäßig entwickelten Fällen, in denen nacheinander rein manische und rein depressive Zustandsbilder auftreten, so finden wir auf der Höhe des Anfalles Verbindungen von bestimmten Krankheitszeichen, die im großen und ganzen als psychologische Gegensätze aufgefaßt werden können. Auf der einen Seite begegnen uns Ablenkbarkeit, Ideenflucht, Größenideen, heitere Stimmung, Willenserregung, auf der anderen Schwerfälligkeit der Aufmerksamkeit und des Denkens, Versündigungs- und Verfolgungsideen, traurige oder ängstliche Stimmung, Willenshemmung. Auf anderen Gebieten freilich, so demjenigen der Auffassung, der geistigen Arbeit, des Urteils, bestehen keine solchen Gegensätze; sie dürfen daher für die Kennzeichnung der Mischzustände außer Betracht gelassen werden. Wir wollen uns sogar, um unsere rein grundsätzliche Erörterung möglichst zu vereinfachen, auf die Berücksichtigung der Störungen des Gedankenganges, der Stimmung und des Wollens beschränken und zugleich vorläufig die Annahme machen, daß diese drei Gebiete des Seelenlebens in sich einheitliche seien und von jeder Störung in ihrer Gesamtheit gleichartig verändert werden. Bei der schulmäßigen Manie und Depression würden dann

alle drei Gruppen von seelischen Vorgängen Abweichungen in derselben Richtung darbieten, die man grob als Erregung und Hemmung einander gegenüberstellen könnte. Es zeigt sich indessen, daß neben einer solchen gleichartigen auch ungleichartige Beeinflussungen der einzelnen Gebiete durch den Krankheitsvorgang vorkommen, eben die Mischzustände. Wir werden uns darüber nicht wundern dürfen, da auch im gesunden Seelenleben die Veränderungen von Gedankengang, Gemütslage und Willen vielfach auseinanderweichen. Die Angst kann Denken und Handeln lähmen, aber auch anspornen; neben der lauten freudigen Erregung begegnen uns stillvergnügte Stimmungen, neben der starren, dumpfen, schmerzlichen Versunkenheit die wilden Ausbrüche der Verzweiflung.

Um zunächst die häufige Entstehung von Mischzuständen beim Übergange eines Krankheitsabschnittes in einen anderen zu erklären, bedürfte es nur der Annahme, daß die Umwandlung der einzelnen Teilstörungen in ihr Gegenstück nicht gleichzeitig, sondern nacheinander beginnt. Unter dieser Voraussetzung wird eine Störung schon in die entgegengesetzte umgeschlagen sein, während auf den anderen Gebieten noch der frühere Zustand fortbesteht. Die beiden folgenden Zeichnungen sollen die hierbei sich ergebenden Möglichkeiten unter Beschränkung auf die drei obengenannten Gebiete näher erläutern (Fig. 228). Sie stellen den Übergang aus der manischen Erregung zur Depression und nochmals zur Manie dar. Die Kurventeile über der wagerechten Linie bedeuten nach dem gewöhnlichen Gebrauche die Teilstörungen der Manie, während das Heruntergehen unter die Linie den Übergang in die Depression bezeichnen soll. Die Denkstörungen sind durch gestrichelte, die Stimmungsänderungen durch punktierte, die Willensstörungen endlich durch ausgezogene Linien wiedergegeben. Dargestellt sind die Fälle, daß einmal die Denkstörung früher, die Stimmungsänderung später in ihr Gegenteil umschlägt, als die Willensstörung, während das andere Mal jene beiden dieser letzteren vorauseilen. In ganz gleicher Weise kann man natürlich auch noch verschiedene andere Möglichkeiten veranschaulichen, verfrühtes Umschlagen der Willensstörung, gemeinsamen Verlauf zweier Störungspaare vor oder hinter dem dritten. Da es sich jedoch hier nur um eine Verdeutlichung der Gesichtspunkte handelt, die zur Lehre von den Mischzuständen geführt haben, genügt es, die wiedergegebenen Beispiele zu betrachten.

Fassen wir zunächst die erste Kurve ins Auge, so würde der Anfangszustand demjenigen der manischen Erregung entsprechen. Bei der Linie 4 hat die Ideenflucht der Denkhemmung Platz gemacht, während heitere Stimmung und Betätigungsdrang fortbestehen; bei

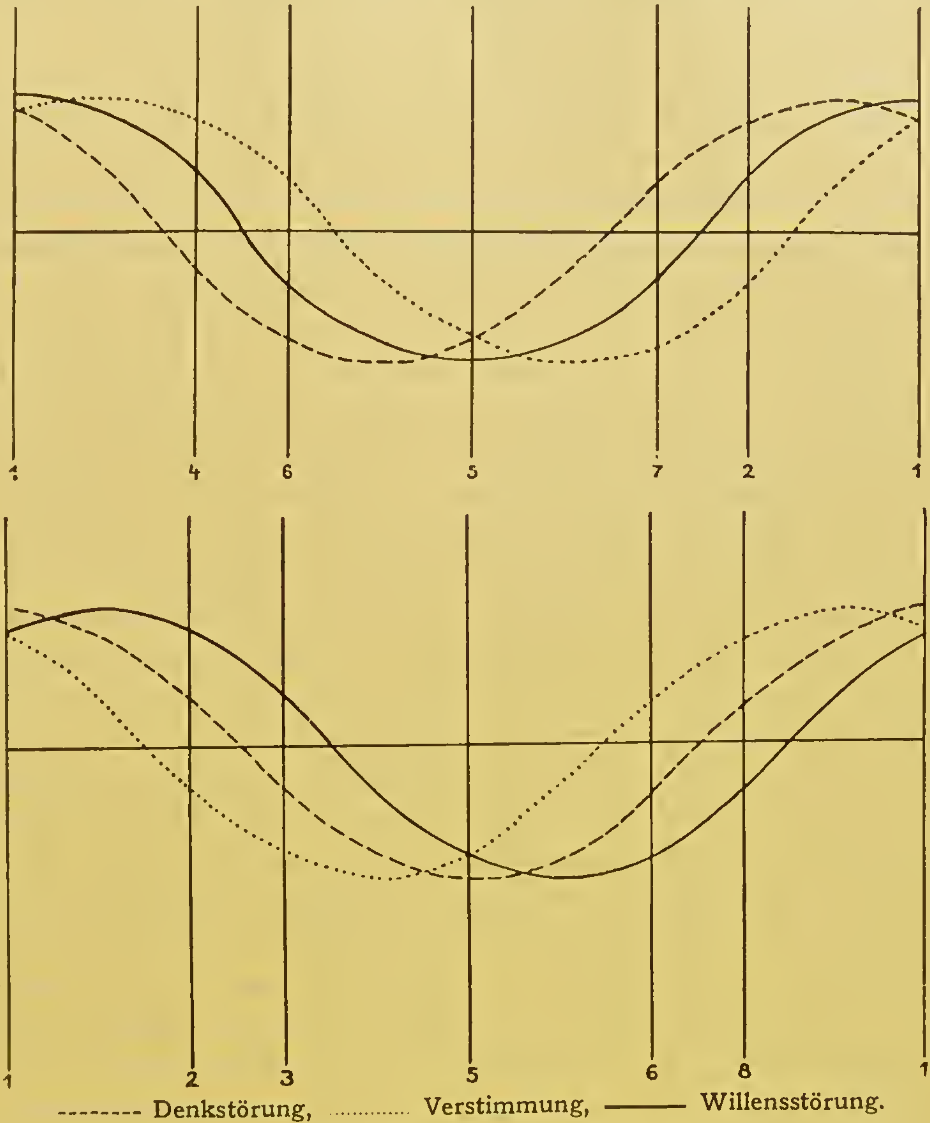


Fig. 228.
Zusammensetzung der Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins.

6 hat sich dazu Willenshemmung entwickelt. Indem nun auch die Stimmung umschlägt, finden wir bei 5 das Bild der zirkulären Depression auf der Höhe; es beherrscht längere Zeit hindurch, wenn auch in etwas wechselnder Zusammensetzung, die Lage. Bei 7 haben

wir Ideenflucht neben trauriger Verstimmung und Willenshemmung vor uns, während sich kurze Zeit darauf, bei 2, auch die Willensstörung geändert hat und nur die depressive Stimmung noch anhält. Der weitere Verlauf führt dann wieder zur Ausbildung der Manie, die längere Zeit hindurch andauert. In der zweiten Kurve, die ähnlich beginnt wie die erste, begegnen wir bei 2 dem gleichen Zustande, der sich in der ersten Kurve vor dem neuen manischen Anfalle herausgebildet hatte. Weiterhin aber kommt es bei 3 zu einer Verbindung von Denkhemmung und depressiver Stimmung mit Erregung. Der vollen Entwicklung der Depression bei 5 folgt zunächst wieder ein uns schon aus der ersten Kurve bekannter Zustand, Denk- und Willenshemmung mit heiterer Stimmung, sodann aber bei 8 Willenshemmung mit Ideenflucht und gehobener Stimmung.

Würden sich die Übergänge zwischen den entgegengesetzten Zuständen des manisch-depressiven Irreseins in ähnlicher Weise abspielen, wie hier geschildert, so würden wir zunächst verstehen, daß die Übergangsbilder gegenüber den beiden Hauptformen bisher verhältnismäßig wenig Beachtung gefunden haben, da sie eben in der Regel eine recht kurze Dauer haben. Zudem mag es nur eine beschränkte Zahl von Fällen sein, bei denen das zeitliche Auseinanderweichen der Wandlungen auf den verschiedenen Gebieten stärker ausgesprochen ist. Auch haben wir uns wohl vorzustellen, daß die einzelnen Kurven keineswegs glatt verlaufen, sondern vielfache unvermittelte Schwankungen darbieten, so daß die wechselnden Zustandsbilder noch mehr verwischt werden. Auf der anderen Seite aber würde die hier durchgeführte Auffassung es begreiflich erscheinen lassen, daß auch in den reinen Bildern der Manie und der Depression das Verhältnis der Teilstörungen zueinander innerhalb weiter Grenzen wechseln kann. Die Willenshemmung kann ungemein stark sein, während die Verstimmung verhältnismäßig wenig ausgesprochen ist, und umgekehrt; manische Kranke können sehr ideenflüchtig, aber dabei wenig erregt sein, stark gehobene Stimmung bei geringer Ablenkbarkeit darbieten usf. Auch in demselben Krankheitsverlaufe begegnet uns nicht selten ein Wechsel in der quantitativen Zusammensetzung der gleichartigen Zustände.

Wir werden uns jedoch nunmehr die Frage vorzulegen haben, ob uns denn die klinische Erfahrung tatsächlich Krankheitsbilder kennen lehrt, die den hier zugrunde gelegten Voraussetzungen

entsprechen. Obgleich unsere Hilfsmittel zur Zergliederung der einzelnen Erscheinungsformen noch sehr unvollkommene sind und eine wirklich planmäßige Durchforschung der Mischzustände und ihrer Entwicklungsbedingungen bisher noch kaum in Angriff genommen worden ist, glaube ich jene Frage doch bejahen zu dürfen. Sobald einmal der Blick für diese Beobachtungen geschärft ist, erkennt man sehr bald, daß in der Tat die schulmäßige Schilderung der Manie und der zirkulären Depression nur für gewisse Hauptformen einigermaßen zutrifft. Um sie herum gruppieren sich mannigfaltige andersartige Zustandsbilder, die sich indessen, soweit wir das zu beurteilen vermögen, aus ganz denselben Grundstörungen zusammenzusetzen scheinen. Diejenigen, die sich aus unseren Betrachtungen unmittelbar ableiten lassen, wollen wir hier noch kurz besprechen.

1. Unseren Ausgang nehmen wir von dem Bilde der Manie mit Ideenflucht, gehobener Stimmung und Betätigungsdrang.

2. Tritt in diesem Bilde an die Stelle der heiteren eine depressive Verstimmung, so entsteht ein Krankheitsbild, das sich aus Ideenflucht, Erregung und Angst zusammensetzt. Die Kranken sind ablenkbar, zerstreut, knüpfen an die Vorgänge in ihrer Umgebung an, kümmern sich um alles, fangen Worte auf, spinnen die dadurch angeregten Vorstellungen weiter; sie gewinnen kein klares Bild von ihrer Lage, weil sie außerstande sind, planmäßig zu beobachten, von jedem neuen Eindrucke in Anspruch genommen werden. Sie klagen, daß sie soviel denken müssen, daß ihre Gedanken von selbst kommen, haben ein lebhaftes Mitteilungsbedürfnis, verlieren aber leicht den Faden, können durch jede Zwischenfrage aus dem Zusammenhange gebracht werden, brechen plötzlich ab, um auf ganz andere Gedankengänge überzugehen. Manche Kranke zeigen eine wahre Schreibwut, bekritzeln Bogen über Bogen mit verworrenen Ergüssen. Zugleich bestehen gewöhnlich Versündigungs- und Verfolgungsideen, vielfach auch hypochondrische Wahnvorstellungen, wie wir sie früher geschildert haben. Die Stimmung ist eine ängstlich verzweifelte; sie macht sich in großer Unruhe Luft, die zum Teil die Form von Ausdrucksbewegungen und Zweckhandlungen annimmt, zum Teil aber auch in einen völlig sinnlosen Bewegungsdrang übergeht. Die Kranken laufen herum, verkriechen sich, drängen fort, wehren ab, greifen an; sie

jammern, schreien, kreischen, ringen oder falten die Hände, schlagen sie über dem Kopfe zusammen, raufen sich die Haare, bekreuzigen sich, rutschen kniend auf dem Boden herum. Dazu gesellen sich taktmäßige reibende, fuchtelnde, schnappende, drehende, zuckende Bewegungen, Klappen mit dem Kiefer, Blasen, Bellen, Brummen. Wenn man will, könnte man hier von einer „depressiven" oder „ängstlichen" Manie sprechen.

3. Wird in dem geschilderten Zustandsbilde die Ideenflucht durch Denkhemmung ersetzt, so entsteht das Bild der erregten Depression. Es handelt sich dabei um Kranke, die auf der einen Seite außerordentlich gedankenarm sind, auf der anderen Seite aber eine lebhafte Unruhe zeigen. Sie sind mitteilsam, arztbedürftig, wortreich, aber außerordentlich eintönig in ihren Äußerungen. Auf Fragen geben sie kurze, sachgemäße Antworten, um sofort wieder auf ihre Klagen zurückzukommen, die in endloser Wiederholung vorgebracht werden, meist mit denselben Wendungen. Über ihre Lage sind sie im allgemeinen klar, fassen leidlich auf, verstehen die Vorgänge, soweit sie nicht wahnhaft gedeutet werden. Sie kümmern sich jedoch wenig um ihre Umgebung, sind nur mit sich selbst beschäftigt. Die Stimmung ist ängstlich, verzagt, weinerlich, verdrießlich, bisweilen mit einer gewissen Selbstironie gemischt. Gelegentlich hört man von den Kranken witzige oder bissige Bemerkungen. Häufig bestehen Wahnvorstellungen; sie pflegen aber dürftiger zu bleiben und weniger abenteuerlich ausgesponnen zu werden, als bei der vorigen Form. Auch die Erregung der Kranken ist gewöhnlich nicht so stürmisch und vielgestaltig. Sie laufen hin und her, auf und ab, ringen die Hände, zupfen, reden laut vor sich hin, stoßen rhythmische Schreie aus und quälen sich selbst wie ihre Umgebung oft bis auf das äußerste durch fortgesetztes, einförmiges Jammern.

4. Wiederum ein anderes Bild entwickelt sich, wenn nunmehr die depressive in heitere Stimmung umschlägt. Wir haben dann einen manischen Zustand ohne Ideenflucht vor uns, eine unproduktive, gedankenarme Manie. Dieses Zustandsbild ist recht häufig. Die Kranken nehmen langsam und ungenau wahr, verstehen Fragen öfters erst bei mehrfacher, eindringlicher Wiederholung, passen gar nicht auf, geben vielfach verkehrte, ausweichende Antworten, können sich auf einfache Dinge nicht gleich besinnen. Ihnen fällt

durchaus gar nichts ein; ihre Reden sind daher sehr einförmig und inhaltsleer; die gleiche burschikose, scherzhafte oder kräftige Wendung wird unter kicherndem Lachen immer wieder vorgebracht. Die Kranken machen darum nicht selten einen geradezu schwachsinnigen Eindruck, während sie sich später sogar als besonders begabt erweisen können. Der Zustand ist großen Schwankungen unterworfen, so daß die Kranken vorübergehend sehr schlagfertig und gewandt antworten, während sie zu anderen Zeiten gar nichts vorzubringen vermögen.

Die Stimmung der Kranken ist heiter, vergnügt, ausgelassen; sie lachen mit und ohne Anlaß, freuen sich über jede Kleinigkeit. Hier und da sind sie etwas gereizt, ablehnend oder von gesuchter Grobheit, um hinterher in ein lustiges Lachen auszubrechen. Die Erregung beschränkt sich vielfach auf Gesichterschneiden, gelegentliches Herumtanzen, übermütiges Schleudern von Gegenständen, Veränderungen in Kleidung und Haartracht, ohne Vielgeschäftigkeit zu zeigen, wie sie sonst der Manie eigentümlich ist. Die Kranken sind jedoch sehr erregbar, werden rasch laut und lärmend, sobald sie sich in unruhiger Umgebung befinden. Während sie für gewöhnlich weder besonders hastig noch viel sprechen, sich oft längere Zeit ganz still verhalten, kann sich im Laufe eines Gespräches ein wachsender Redeschwall entwickeln. Manche dieser Kranken benehmen sich für gewöhnlich so ruhig und geordnet, daß die Erregung bei oberflächlicher Beobachtung gar nicht hervortritt. Andere sitzen untätig herum, wollen sich bei jeder Anrede vor Lachen ausschütten, bringen aber außer einer schnippischen Bemerkung nichts vor. Regelmäßig bemerkt man auch, daß sie zu keiner geordneten Beschäftigung fähig sind, vielmehr Neigung zu allerlei Schabernack und unnützen Streichen zeigen, sammeln, zusammenstehlen, zerreißen, verknoten, Schlüssellöcher verstopfen, Papierfetzen an die Wand kleben, mutwillig verderben. Zeitweise kommt es auch zu ganz unvermittelten, kurzdauernden, triebartigen Ausbrüchen von großer Heftigkeit. Ein solcher Kranker sprang ohne Anlaß plötzlich aus dem Bade, schlug den Wärter mit einem Stuhle nieder, zertrümmerte einige Fensterscheiben und schlüpfte völlig nackt in den schneebedeckten Garten hinaus, wo er sich ruhig wieder einfangen ließ, als ob nicht das geringste geschehen wäre; er war auch nicht imstande, irgendeinen Beweggrund für sein Handeln anzugeben.

5. Schulgerechte Depression mit Denkhemmung, trauriger Verstimmung und Entschlußunfähigkeit.

6. Tritt hier an Stelle der traurigen die heitere Verstimmung, so entsteht jene Form, die mir den ersten Anstoß zu Untersuchungen über die Mischzustände gegeben hat, und die wir als „manischen Stupor“ zu bezeichnen pflegen. Die Kranken sind gewöhnlich ganz unzugänglich, kümmern sich nicht um ihre Umgebung, geben keine Antwort, sprechen höchstens leise vor sich hin, lächeln ohne erkennbaren Anlaß, liegen vollkommen still im Bett oder nesteln an ihren Kleidern und Bettstücken herum, putzen sich in abenteuerlicher Weise heraus, alles ohne Zeichen von äußerer Unruhe oder gemütlicher Erregung. Nicht selten läßt sich Katalepsie nachweisen. Bisweilen werden einzelne Wahnvorstellungen wechselnden Inhaltes geäußert. Die Kranken fühlen Kälte im Hirn, haben eine Zunge von Eisen, werden von Eisbären gefressen, sind vertauschtes Fürstenkind, Eleonora von Halberstadt. Meist aber erweisen sie sich als ziemlich besonnen und orientiert. Ganz unvermutet jedoch werden sie lebhaft, schimpfen laut und heftig, machen unter ausgelassenem Lachen eine schnippische, treffende Bemerkung, springen aus dem Bett, werfen ihr Essen ins Zimmer, entkleiden sich plötzlich, rennen im Sturmschritt durch einige Säle, zerreißen ein Kleidungsstück oder mißhandeln ohne äußere Veranlassung einen Mitkranken, um sofort wieder in ihre frühere Unzugänglichkeit zurückzuversinken. Zu anderen Zeiten trifft man sie auch wohl einmal ruhig, besonnen und einsichtig an, meist allerdings nur ganz vorübergehend. Manche Kranke wandern gemessenen Schrittes auf der Abteilung herum, reden fast nichts, machen aber gelegentlich einen Witz, duzen den Arzt, drängen sich erotisch an ihn heran, lächeln. Eine solche Kranke stahl nachts ihrer schlafenden Wärterin die Schlüssel und entwich damit in das Zimmer eines Arztes, freute sich sehr über den gelungenen Streich, ohne ein Wort zu sprechen. Oft haben die Kranken eine ganz genaue Erinnerung an die verflossene Zeit, vermögen aber ihr absonderliches Benehmen durchaus nicht zu erklären. „Ich wollte keinen Willen haben,“ sagte mir ein derartiger Kranker. Er hatte die Nahrung verweigert, um leichter zu werden und dadurch die Gesundheit zu erlangen, fühlte sich aber durch den Hunger veranlaßt, große Mengen Milch durch die Nase einzuschlürfen und an einer Semmel leidenschaftlich zu

riechen. Bei diesen absonderlichen Veranstaltungen lächelte er selbst, sprach aber kein Wort und ließ sich nicht davon abbringen.

Eine gewisse Vorstellung von diesem Zustande kann vielleicht die Figur 229 geben. In dem starren Gesichtsausdrucke der immer auf demselben Flecke stehenden Kranken gibt sich deutlich die Gebundenheit zu erkennen, die sie viele Monate lang beherrschte und stumm machte. Gleichzeitig aber trat in der fast unüberwindlichen Neigung zum Zerreißen und Schmieren der manische Grundzug der Störung hervor, der in dem Schmucke aus abgerupften Blättern und Zweigen auch auf dem Bilde erkennbar ist. Bei anderen Kranken ist der Gesichtsausdruck mehr heiter, übermütig, erotisch. Öfters schiebt sich dieser Zustand nur vorübergehend in einen ausgeprägt manischen Anfall ein. Noch häufiger bildet er den Übergang zwischen einem depressiven Stupor und der an ihn sich anschließenden Manie, wie es in unserer zweiten Kurve angenommen wurde. Man kann dann schrittweise die verschiedenen Zwischenstufen verfolgen, das Nachlassen der traurigen Verstimmung, das Auftreten des ersten Lächelns, das Freierwerden der Bewegungen, die Entwicklung einer gewissen Unruhe mit leisem Flüstern und endlich das Schwinden der Hemmung auch auf sprachlichem Gebiete mit Hervorbrechen von Rededrang und Ideenflucht.


Fig. 229. Manischer Stupor.

7. In dem gewöhnlichen Bilde der Depression kann die Denkhemmung durch Ideenflucht ersetzt werden. Diese Kranken werden durch ihre Wahrnehmungen zu lebhaften Gedankenverbindungen angeregt, lesen viel, zeigen Interesse und Verständnis für die Vorgänge in ihrer Umgebung, vielleicht geradezu Neugier, obgleich sie fast stumm, in ihrem ganzen Verhalten gebunden und niedergeschlagener, hoffnungsloser Stimmung sind. Wir hören dann von ihnen, sobald sie wieder anfangen, sich über ihre Zustände zu

äußern, daß sie ihre Gedanken gar nicht festhalten können, daß ihnen immerfort massenhafte Dinge in den Kopf kämen, an die sie niemals gedacht hätten. Im Hinblicke auf die sonstigen Erfahrungen über Mischung der Krankheitszeichen liegt wohl die Annahme nahe, daß wir es in solchen Fällen mit dem Auftreten einer Ideenflucht zu tun haben, die nur wegen der Hemmung der sprachlichen Bewegungen nach außen hin nicht erkennbar wird. Eine Kranke knüpfte an die gehörten Äußerungen Wortspielereien. Als ihr eine Rose geschenkt wurde, meinte sie, das bedeute, sie sei schuldig (Rose-reo sei). Sie bediente sich auch trotz tiefster Verstimmung eigentümlich burschikoser Ausdrücke, ihr sei eine Bogenlampe aufgegangen, sprach vom Anstaltsleiter als dem „Oberbonzen", „dem Herrn der Heerscharen".

Bisweilen sind die Kranken, die sich mündlich gar nicht äußern können, imstande zu schreiben, und verfassen dann zu unserem Erstaunen umfangreiche, vielfach abspringende Schriftstücke voll von Versündigungsideen und wahnhaften Befürchtungen. Ein traurig verstimmter, wortkarger Kranker mit deutlicher Willenshemmung schrieb, als er sich von einem Mitkranken gekränkt fühlte, dem er selbst früher zu nahe getreten zu sein glaubte:

„Nun könnte man dieses Verhalten als Wiedervergeltung, als Äquivalent, als eine süße Rache betrachten, nun ja, aber der Christenmensch vergibt, trägt nicht nach, vergißt das ihm angetane Unrecht, schilt nicht wieder, da er gescholten wird. Gibt dir jemand einen Streich auf den rechten Backen, so halte ihm auch den linken dar, sagt der Herr und Heiland und weicht hier ab von den Satzungen des alten Testaments, wo es heißt: ‚Auge um Auge, Zahn um Zahn. Vergeltet nicht Böses mit Bösem oder mit Scheltwort. Vergebet einander, gleichwie Christus Euch vergeben hat.'"

Die Häufung gleichbedeutender Wendungen, das Abspringen auf Nebengedanken zeigt hier deutlich die Ideenflucht, die allerdings nur in den Schriftstücken erkennbar war. Der Kranke empfand sie selbst, indem er schrieb:

„Ich werde wieder weitschweifig in meinen Ausführungen; ich halte es daher für besser, zum Schlusse zu eilen, denn langatmige Darlegungen ermüden den Leser und werden zum mindesten als eine Rücksichtslosigkeit empfunden . . ." „Ich wiederhole auch beim Schreiben Wörter, die Gleiches bedeuten wie Energielosigkeit und Willenlosigkeit; beide Wörter sagen dasselbe . . ."

Zugleich sprach der Kranke „von seiner übergroßen Ängstlichkeit, seiner Energielosigkeit, infolge derer das Handeln, das Aussich-

heraustreten, der feste Wille, die starke Willenskraft fehlt". Hierher können wohl auch jene Fälle gerechnet werden, in denen bei traurig verstimmten Kranken die Neigung zum Dichten hervortritt. Man könnte dieses Bild vielleicht als „ideenflüchtige Depression" bezeichnen. Nicht selten entwickelt sich aus ihm, wie auch unsere erste Kurve andeutet, unter Schwinden der Willenshemmung und Umschlagen der Stimmung die manische Erregung.

8. Wiederholt bin ich endlich auch Zuständen begegnet, die der letzten von uns angenommenen Verbindung, der Ideenflucht mit heiterer Stimmung bei psychomotorischer Hemmung, entsprechen würden. Die Kranken dieser Art sind übermütiger, bisweilen etwas gereizter Stimmung, ablenkbar, zu Witzen geneigt, geraten beim Anreden leicht in ideenflüchtiges Schwatzen mit zahlreichen Klangassoziationen hinein, bleiben aber in ihrem äußeren Verhalten ganz auffallend ruhig, liegen still im Bett, werfen nur hier und da eine Bemerkung dazwischen oder lachen vor sich hin. Es scheint jedoch, als ob in der Regel eine starke innere Spannung bestände, da die Kranken plötzlich sehr gewalttätig werden können. Früher habe ich diese „gehemmte Manie" mit dem manischen Stupor zusammengeworfen, glaube jedoch, daß sie sich auf Grund der hier deutlich hervortretenden Ideenflucht von jenem abtrennen läßt. Vielleicht dürfen wir, wie Stransky andeutet, als leichteste Formen dieser Zustände die von ihm erwähnte „verschämte Manie" betrachten, bei der sich die Kranken in Gegenwart des Arztes ganz ruhig verhalten, vielleicht sogar wortkarg und still, wenn auch lustig sind, während sie unter ihresgleichen ziemlich lebhaft und übermütig sein können; es scheint, daß hier schon die Verlegenheitshemmungen genügen, um den manischen Betätigungsdrang zu unterdrücken.

Die Lehre von den Mischzuständen ist noch zu unfertig, als daß eine weitergehende Kennzeichnung der einzelnen Formen zurzeit ratsam wäre. Dennoch sei es gestattet, hier auf einige Gesichtspunkte hinzuweisen, die für die Fortentwicklung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete von Bedeutung werden können, es zum Teil schon geworden sind.

Der Begriff der „partiellen Hemmung", wie er von Dreyfus, Pfersdorff, Goldstein in die Lehre von den Mischzuständen eingeführt worden ist, findet ohne Zweifel in der Tatsache seine Berechtigung, daß die unseren Ausführungen zugrunde gelegte

Gliederung des Seelenlebens natürlich nur die allergröbsten Umrisse wiedergibt. Zunächst ist zu bemerken, daß dabei eine ganze Reihe von seelischen Vorgängen, die sicherlich selbständigen Störungen unterliegen können, gar keine Berücksichtigung gefunden haben, so das Verhalten der Aufmerksamkeit, die Wahrnehmung, die Einprägung, die geistige Arbeit, die Urteils- und Schlußbildung usf. Es wäre denkbar, daß durch eine genauere Beachtung der wechselnden Veränderungen, die sich bei den einzelnen Zustandsbildern auf diesen und manchen anderen Gebieten einstellen, die Mannigfaltigkeit der Formen sich noch erheblich bereichern ließe. Ich will hier nur auf eine einzige Erfahrung hinweisen, den häufigen Widerspruch zwischen Inhalt der Wahnideen und Färbung der Stimmung. Ein Kranker erzählte mir mit Lachen, daß seine Nerven vertrocknet seien und das Blut nur noch bis zum Halse zirkuliere. Eine deprimierte Kranke sprach von der inneren Stimme, die sie höre, als von einer „Gnade"; andere geben mit geheimnisvoller Miene an, daß man sie für die Jungfrau Maria halte, daß sie mit Christus niederkommen sollen, daß man glaube, sie könnten Wunder tun, Gold machen, alle Krankheiten heilen. Manische Kranke sprechen mit heiterer Miene davon, daß sie nun bald sterben müßten. Auch auf diesem Gebiete gibt es also Mischungen, die dem gewöhnlichen Verhalten nicht entsprechen. Ferner beobachtet man manische Kranke, die, wie zum Teil schon oben angedeutet, wenigstens durch äußere Eindrücke nicht ablenkbar sind, und depressive, deren Aufmerksamkeit außerordentlich leicht erregt werden kann.

Wichtiger wohl, als diese vielleicht recht unwesentlichen Erscheinungen, ist die Tatsache, daß die drei großen Gebiete des Seelenlebens, die wir unserer Betrachtung zugrunde gelegt haben, in Wirklichkeit nichts weniger als Einheiten sind. Hemmung wie Erregung können Teilgebiete gesondert befallen und somit im gleichen Bereiche nebeneinander bestehen. Die von uns angenommenen Paare von Gegensätzen haben daher nur für die allgemeine Gruppierung der Zustände Gültigkeit, reichen aber im einzelnen vielfach nicht aus. So kann sich auf dem Gebiete des Denkens anscheinend eine Scheidung zwischen dem begrifflichen Denken, dem Auftauchen sinnlicher Erinnerungsbilder und dem Ablaufe von Sprachvorstellungen herausstellen. Es gibt, wie bereits erwähnt, Kranke, die ohne

nennenswerte Schwierigkeit begrifflich denken können, aber die Farblosigkeit der auftauchenden Vorstellungen auf das peinlichste empfinden.

Sodann aber beobachten wir gelegentlich nebeneinander Denkhemmung und Ideenflucht[1]). Die Kranken zeigen große geistige Schwerfälligkeit, zugleich aber Abspringen des Gedankenganges und Neigung zu sprachlichen Klanganknüpfungen. Daraus geht hervor, daß Denkhemmung und Ideenflucht keineswegs derartige Gegensätze sind, wie es nach der gewöhnlichen klinischen Erfahrung scheinen könnte. In der Tat können wir künstlich, durch körperliche Anstrengungen oder durch Alkoholgenuß, ebenfalls Zustände herstellen, in denen sich Erschwerung des Denkens mit Ideenflucht verbindet. Vielleicht dürfen wir annehmen, daß es verschiedene Formen der Denkhemmung gibt, je nachdem das begriffliche, sinnliche und sprachliche Denken gleichzeitig oder nur teilweise gestört sind. Sobald das Gebiet der Sprachvorstellungen von der Hemmung nicht berührt wird oder sich gar in einem Erregungszustande befindet, könnte Ideenflucht neben Denkerschwerung zustande kommen. Andeuten möchte ich nur, daß wir wohl auch zwischen Denkhemmung und Einförmigkeit des Denkens zu unterscheiden haben; ebenso wird man die gesteigerte Tätigkeit der Einbildungskraft, wie wir sie bei den leichteren Formen der manischen Erregung beobachten, von der Ideenflucht abtrennen müssen.

Ganz ähnlich liegen die Dinge auf den übrigen Gebieten des Seelenlebens. Die heitere und die traurige oder ängstliche Verstimmung sind keine einfachen Gegensätze, die einander ausschließen, sondern sie können sich in verschiedenartigster Weise miteinander mischen. Gar nicht selten beobachten wir bei unseren Kranken, wie schon erwähnt, eine Art Galgenhumor, der sich aus Verzweiflung und belustigter Selbstverspottung zusammensetzt. Auch die zornige Gereiztheit, der wir so oft in den verschiedensten Zustandsbildern begegnen, ist, wie Specht[2]) richtig betont hat, als eine Mischung von gesteigertem Selbstgefühl mit Unluststimmungen zu betrachten. Durch das dauernde Vorherrschen einer derartigen Stimmungsmischung ist vor allem jenes Zustandsbild gekennzeichnet, das man mit dem Namen der „Zorntobsucht", der zornigen

[1]) Schröder, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., II, 57.
[2]) Specht, Zentralblatt f. Nervenheilk., 1907, 529; 1908, 449.

Manie zu belegen pflegt. Es handelt sich um Fälle von ausgesprochener manischer Erregung, in denen die Kranken bei den geringsten Anlässen in heftige Zornausbrüche geraten, ihre Umgebung mit Schmähungen überschütten und sinnlos gewalttätig werden. Hierher gehören wohl auch jene manischen Kranken, die dauernd unwirsch, ablehnend, unzugänglich sind, schnippische Antworten geben, höhnische Bemerkungen machen, ihre Mitkranken quälen und mißhandeln. Vergleicht man damit die unverwüstliche Heiterkeit und Liebenswürdigkeit anderer, ebenso erregter Kranker, so wird es klar, daß hier eigenartige Stimmungsmischungen vorliegen müssen.

Mäßigt sich dabei die Erregung, so entstehen vielleicht die nörgelnden Formen der Manie, auf deren leichteste Gestaltungen Hecker besonders hingewiesen hat. Die Kranken zeigen zwar ein gehobenes Selbstgefühl, sind anspruchsvoll und hochfahrend, aber durchaus nicht heiterer Stimmung; vielmehr erscheinen sie unzufrieden, unleidlich, vielleicht sogar ein wenig ängstlich. Sie haben an allem etwas auszusetzen, fühlen sich bei jeder Gelegenheit schlecht behandelt, bekommen elendes Essen, können es in der entsetzlichen Umgebung nicht aushalten, in den miserablen Betten nicht schlafen, mit den anderen Kranken nicht verkehren. Bei ihrer völligen Besonnenheit haben sie eine große Neigung und Fähigkeit, andere zu verletzen und zu kränken, sie untereinander zu verhetzen, aufzuwiegeln, überall das Unangenehme herauszufinden und in den Vordergrund zu stellen. Jeden Tag bringen sie neue Klagen vor, bevormunden ihre Umgebung, werden gereizt, wenn man ihnen nach ihrer Meinung nicht genügend Gehör schenkt. Die manische Grundlage deutet sich in Redseligkeit, leichter Ideenflucht, großer Unstetigkeit und Rastlosigkeit an, die den Kranken dazu treibt, viel herumzuwandern, alle möglichen Kuren zu beginnen, ohne eine einzige durchzuführen, übermäßig zu rauchen und zu trinken.

Wenn wir bei der Schilderung der klinischen Krankheitsbilder die Färbung der Stimmung in den Vordergrund stellen, so ist es doch ganz zweifellos, daß auch die Festigkeit, mit der eine Gemütsbewegung haftet, sowie die Stärke der Gefühlsbetonung, welche die Lebensereignisse hervorrufen, von wesentlicher Bedeutung für die Gestaltung des Zustandes werden müssen. Im allgemeinen wird

man Stimmungsschwankungen weit ausgesprochener bei manischen Kranken beobachten, aber auch hier kommen Verschiebungen vor, Manien mit unverwüstlich gleichbleibender Heiterkeit und Depressionen mit häufigen Stimmungsschwankungen. Die eigentümliche Abschwächung des gemütlichen Widerhalls, die von vielen traurig verstimmten Kranken so schmerzlich empfunden wird, kommt anscheinend nicht allen Formen der Depression gleichmäßig zu; sie kann namentlich bei lebhaften Angstzuständen fehlen. Umgekehrt vermissen wir die große Lebhaftigkeit der Gefühlsbetonung, die viele leicht manische Kranke auszeichnet, oft genug in anderen manischen Zustandsbildern.

In engem Zusammenhange mit der Stimmung steht im allgemeinen die Färbung der Wahnvorstellungen, obgleich auch hier, wie bereits erwähnt, Widersprüche vorzukommen scheinen, die indessen möglicherweise eben auf das Bestehen von Stimmungsmischungen bezogen werden dürfen. Weiterhin aber wird öfters eine merkwürdige Mischung von depressiven und Größenideen beobachtet. Schon die Maßlosigkeit der Verfolgungen, denen die Kranken ausgesetzt sind, dürfte sich in diesem Sinne deuten lassen. Ein Kranker behauptete, zentnerweise Cantharidin bekommen zu haben; ein anderer erklärte, daß seine Angehörigen Trillionen von Jahren unter Räubern leben müßten. Ein dritter, der sein ganzes Innere für zerstört und zerrissen hielt, meinte, der Arzt könne stolz darauf sein, ihn behandeln zu dürfen; so etwas sei seit 600 Jahren nicht mehr vorgekommen. Andere werden von „Millionen Teufeln" geholt, auf ein „Extraschaffot" geschleppt, von Kaiser und König verfolgt, vom Kaiser nach Amerika geführt, um dort erschossen zu werden. Auch gewisse theatralische Züge in den depressiven Ideen gehören wohl dahin. Eine Kranke malte sich verzweiflungsvoll ihre bevorstehende Hinrichtung aus und fügte mit einem befriedigten Seitenblick auf ihre Nachbarin hinzu: „Und das Gretchen muß mit der Peitsche knallen." Eine andere wünschte, einen „romantischen Tod" zu sterben, wollte offen ihre Sünden bekennen; eine dritte verlangte, als Märtyrerin Löwen und Leoparden im Käfig umarmen zu dürfen.

Vielleicht am deutlichsten tritt uns die Tatsache umschriebener Hemmungen und Erregungen auf dem Gebiete der Willensvorgänge entgegen. Schon die Schriftwagenversuche haben gezeigt, daß bei der einfachen Handlung des Schreibens Kraft und Schnelligkeit der

Bewegung in verschiedenem Sinne verändert sein können. In noch viel höherem Grade muß das für die verwickelten Vorgänge gelten, aus denen sich eine selbständige Willenshandlung zusammensetzt. Der Entschluß, der Antrieb, seine Kraft, die Schnelligkeit seiner Umsetzung in wirkliches Handeln können unabhängig voneinander Störungen unterliegen, und diese Störungen können sich wieder verschieden weit über die einzelnen Gebiete des Handelns erstrecken. In der Tat kennen wir einige Erfahrungen, die dafür sprechen, daß die Ausdrücke „Willenshemmung" und „Willenserregung" grobe Sammelbegriffe darstellen, die vielfach zerlegt werden müssen. Raschheit oder Erschwerung des Entschlusses kann bestehen, ohne daß die äußere Willenshandlung erkennbar verändert ist. Dreyfus hat darauf aufmerksam gemacht, daß ein Hemmungsgefühl, eine „subjektive" Hemmung auch ohne erkennbare Erschwerung des Handelns vorhanden sein kann; freilich wird es sich dabei um feinere, noch nicht zu deutlichen Ausschlägen führende Störungen handeln. Juliusburger hat Fälle mit nur subjektiver Hemmung und dem lebhaften Gefühle der Depersonalisation als „Pseudomelancholie" beschrieben.

Wir beobachten ferner lebhafte innere Unruhe, also Willenserregung, während die Fassung von Entschlüssen und die Ausführung von Willkürhandlungen erschwert ist, ja die Unruhe kann sich auch in lebhaften Ausdrucksbewegungen entladen, ohne daß die Willenshemmung verschwände. Daraus erkennen wir, daß die triebartigen Entäußerungen innerer Spannungszustände in anderer Weise durch den Krankheitsvorgang beeinflußt sein können, als das zielbewußte Wollen und Handeln.

Eine besondere Stellung kommt auch den sprachlichen Ausdrucksbewegungen zu. Erregung und Hemmung im Bereiche des Redens und Schreibens ist bis zu einem gewissen Grade unabhängig von dem Verhalten der übrigen Willenshandlungen. Wir kennen Kranke, die starken Betätigungsdrang zeigen, dabei aber fast völlig stumm sind, und andererseits solche, bei denen sich Entschlußunfähigkeit mit lebhaftem Rededrang verbindet, allerdings gewöhnlich, aber nicht immer, auch mit einer gewissen Unruhe. Weiterhin haben wir zu unterscheiden zwischen der äußeren und der inneren Sprache. Die Beobachtung, daß wortkarge Kranke Wortspielereien vorbringen, wie sie sonst den ideenflüchtigen Rededrang

begleiten, läßt die durch die Selbstwahrnehmung der Kranken gestützte Vermutung zu, daß hier das innere Sprechen erleichtert ist, während die Umsetzung in Sprachbewegungen gehemmt erscheint. Endlich aber kann, wie bereits angeführt, das Schreiben erleichtert, das Reden erschwert sein und umgekehrt.

Berücksichtigen wir, daß die Ausbildung der hier angedeuteten Teilstörungen auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens, deren Zahl sich noch beträchtlich vermehren ließe, die verschiedensten Grade durchlaufen kann, so stehen wir vor einer geradezu unübersehbaren Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder, die sich aus der stärkeren oder schwächeren Erregung oder Hemmung dieser oder jener seelischen Leistungen zusammensetzen können. Es wäre gewiß reizvoll, diesen Gestaltungen im einzelnen nachzugehen. Dennoch aber möchte ich betonen, daß eine solche Zerlegung für die klinische Betrachtung keine allzu große Bedeutung erlangen dürfte. Die überwiegende Mehrzahl der vorkommenden Krankheitsbilder zeigt einen verhältnismäßig einfachen Aufbau, gleichsinnige Störungen auf größeren Gebieten des Seelenlebens, und läßt sich daher in den hier abgegrenzten Formen ungefähr unterbringen. Immerhin wird es nützlich sein, sich bei der Deutung der Zustandsbilder daran zu erinnern, daß es im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins noch eine große Menge weiterer Möglichkeiten gibt, ohne daß wir zur Annahme andersartiger Krankheitsvorgänge gedrängt würden. Es könnte sein, daß es sich hier nicht sowohl um Spielarten des Krankheitsvorganges, als um persönliche Eigentümlichkeiten handelt. Wir dürfen uns vielleicht vorstellen, daß eine weitergehende Arbeitsteilung im Bereiche der einzelnen seelischen Leistungen und die dadurch bedingte größere Selbständigkeit von Teilgebieten auch deren verschiedenartige und verschieden starke Beteiligung an dem allgemeinen Krankheitsvorgange zur Folge haben könnte.

Die hier geschilderten Mischzustände sind bei weitem am häufigsten vorübergehende Erscheinungen im Krankheitsverlaufe. Sie gehen leicht und vielfach ineinander über, indem eine Teilstörung durch eine andere verdrängt wird. Am häufigsten begegnen wir ihnen, wie bereits dargelegt, namentlich in den Übergangszeiten zwischen den beiden Hauptformen der Krankheit, ja nur aus ihrer Entwicklungsgeschichte, ihren Umwandlungen von und zu den be-

kannten Krankheitsbildern leiten wir die Berechtigung ab, sie als Mischformen und als Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins zu deuten.

Weiterhin kommt es vor, daß Mischzustände als selbständige Krankheitsanfälle auftreten. Zunächst sehen wir im Verlaufe eines manisch-depressiven Irreseins neben den einfachen Bildern gelegentlich Anfälle zur Entwicklung gelangen, die ganz oder doch vorwiegend in der Form von Mischzuständen verlaufen. Dadurch wird natürlich unsere Auffassung von der Wesensgleichheit aller dieser klinischen Gestaltungen bestätigt. Häufiger allerdings scheinen die verschiedenen Anfälle eines Kranken den gleichen Mischzustand darzubieten; wenn einmal ein solcher aufgetreten ist, besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, daß später ähnliche folgen werden. Die Übereinstimmung der einzelnen, unter Umständen Jahrzehnte auseinanderliegenden Krankheitsbilder ist oft eine außerordentliche. Ich war bei einem manischen Stupor auf das höchste überrascht, als ich mir die alte Krankengeschichte aus einer anderen Anstalt kommen ließ. Obgleich der frühere Anfall 22 Jahre zurücklag, hätte die damalige Schilderung bis in die kleinsten Einzelheiten hinein ebensogut für den späteren gelten können; noch 10 Jahre früher war eine einfache Depression voraufgegangen.

Der Verlauf der als selbständige Anfälle auftretenden Mischzustände scheint im allgemeinen ein langwieriger zu sein; sie dürften als ungünstigere Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins zu betrachten sein. Vielfach gehören sie den späteren Abschnitten des Krankheitsverlaufes an, in denen sich ohnedies gewöhnlich die Neigung zu einer Verlängerung der Anfälle geltend macht.

Die genauere Kenntnis der Mischzustände ermöglicht es uns, die klinische Bedeutung auch solcher Krankheitsbilder zu erkennen, die nicht den Hauptformen entsprechen. Wo die Vorgeschichte schulgerechte manische Anfälle oder Depressionszustände aufweist, wird die Zugehörigkeit des abweichenden Bildes zum zirkulären Irresein natürlich unschwer erkennbar sein. Dagegen können diejenigen Fälle, die nur Mischzustände darbieten, sehr erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bereiten, zumal beim ersten Anfalle. Ich weiß sehr wohl, daß es auch jetzt noch vielfach unmöglich ist, zu einer sicheren Entscheidung zu gelangen; immerhin gelingt es doch nicht allzu selten, die Zusammensetzung eines eigenartigen,

zunächst unverständlichen Krankheitsbildes aus den Grundstörungen des manisch-depressiven Irreseins richtig zu erkennen und damit wichtige Aufschlüsse über den weiteren Verlauf und Ausgang zu gewinnen.

Grundzustände. Das manisch-depressive Irresein verläuft in Anfällen, deren Auftreten von äußeren Einflüssen im allgemeinen unabhängig ist. Diese Tatsache weist uns darauf hin, daß die eigentliche, tiefere Ursache des Leidens in einem krankhaften Dauerzustande zu suchen ist, der auch außerhalb der Anfälle fortbestehen muß. Besonders einleuchtend wird diese Annahme, wo häufige Erkrankungen nach annähernd regelmäßigen Zwischenzeiten wiederkehren. Aber auch dort, wo die Krankheit nur wenige Male oder gar nur einmal im Leben hervortritt, wird ihre Wurzel in einer schon längere Zeit vorbereiteten oder von Jugend auf bestehenden Veränderung des Seelenlebens zu suchen sein. Eine Ausnahme machen auf den ersten Blick nur die Fälle, in denen der Anfall durch eine äußere Ursache ausgelöst wird; wir werden späterhin zu besprechen haben, daß, warum und wieweit diese Ausnahme nur eine scheinbare ist.

Die verschiedene Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle spricht dafür, daß die Stärke der Veränderung, die wir als Grundlage des ganzen Krankheitsbildes voraussetzen, innerhalb weiter Grenzen schwanken muß. Dasselbe lehrt die klinische Betrachtung. Die große Mehrzahl der manisch-depressiven Kranken, namentlich derjenigen mit selteneren Anfällen, bietet in den Zwischenzeiten gar keine Abweichungen von der Gesundheitsbreite dar; freilich wäre es möglich, daß ihrer Umgebung vielfach kleine Eigentümlichkeiten entgehen, die, ohne gerade krankhaft zu sein, der sachverständigen Beobachtung doch eine gewisse Beziehung zu ihrem Leiden verraten würden. In einer großen Reihe von Fällen aber zeigt es sich auch für den Laien und für den Kranken selbst deutlich, daß dauernd leichtere Störungen des psychischen Allgemeinbefindens fortbestehen, die in leisen Andeutungen den Krankheitserscheinungen des manisch-depressiven Irreseins entsprechen. Unter fast 1000 in München beobachteten Fällen wurde über solche dauernden Eigentümlichkeiten in etwa 37% berichtet. Bisweilen erscheinen die ausgebildeten Krankheitsanfälle geradezu nur als eine Steigerung der schon das ganze frühere Leben begleitenden Störungen; seltener treten sie zu ihnen in vollkommenen Gegensatz.

Es zeigt sich nun weiter, daß die erwähnten Dauerveränderungen, die wesentlich in Besonderheiten des Gemütslebens bestehen, nicht auf die Personen beschränkt sind, die an Anfällen des manisch-depressiven Irreseins leiden. Ihre klinische Bedeutung würde durch diese Feststellung wesentlich erschüttert, wenn nicht die Erfahrung lehrte, daß sie besonders häufig als einfache persönliche Eigentümlichkeiten in den Familien manisch-depressiver Kranker beobachtet werden. Trifft das auch nicht für alle Fälle zu, so sind doch diese Beziehungen so häufige, daß an ihrer tieferen Bedeutung kaum gezweifelt werden kann. Wir werden somit zu dem Schlusse geführt, daß es gewisse Veranlagungen gibt, die als Vorstufen des manisch-depressiven Irreseins angesehen werden dürfen. Sie können als eigenartige Gestaltungen der psychischen Persönlichkeit ohne weitere Fortentwicklung das ganze Leben hindurch bestehen bleiben; sie können aber auch der Ausgangspunkt für einen unter besonderen Bedingungen sich ausbildenden, in einzelnen Anfällen verlaufenden Krankheitsvorgang werden. Gar nicht selten sind übrigens die dauernden Abweichungen an sich schon so erhebliche, daß sie auch ohne das Eintreten schwererer, abgegrenzter Anfälle in das Gebiet des Krankhaften hineinreichen.

Wir halten uns aus den angeführten Gründen für berechtigt, außer den in den Anfällen hervortretenden Krankheitserscheinungen unter der Bezeichnung der manisch-depressiven „Grundzustände" unserer Schilderung diejenigen Störungen einzugliedern, die einerseits häufig die „freien" Zwischenzeiten zwischen den Anfällen begleiten, andererseits die manisch-depressive Veranlagung auch in solchen Fällen kennzeichnen, in denen die volle Entwicklung des Leidens ausbleibt. Die klinischen Formen, die hier etwa auseinanderzuhalten wären, sind hauptsächlich die depressive Veranlagung („konstitutionelle Verstimmung"), die manische Veranlagung („konstitutionelle Erregung") und die reizbare Veranlagung; daneben wäre noch jener Fälle zu gedenken, in denen Verstimmung und Erregung häufig und unvermittelt miteinander wechseln (zyklothyme Veranlagung).

Die depressive Veranlagung ist gekennzeichnet durch eine andauernd trübe Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen. Im Bereiche der Verstandestätigkeit pflegt meist keine auffallendere Störung zu bestehen. Einzelne Kranke sind sogar sehr begabt,

während in anderen Fällen die geistige Entwicklung von Jugend auf etwas zurückgeblieben ist. Die geistige Leistungsfähigkeit kann eine gute sein, doch haben die Kranken in der Regel mit allerlei inneren Hindernissen zu kämpfen, die sie nur mit Anstrengung überwinden; sie ermüden daher leicht. Zudem fehlt ihnen die rechte Arbeitsfreudigkeit. Obgleich sie oft ehrgeizig sind und mit Erfolg vorwärts streben, finden sie doch keine volle, dauernde Befriedigung bei der Arbeit, da ihnen mehr die Fehler und Mängel ihrer Ergebnisse sowie die noch bevorstehenden Schwierigkeiten, als der Wert des Erreichten vor Augen steht. Sehr leicht drängen sich ihnen daher Bedenken und Zweifel auf, die sie in ihrer Tätigkeit unsicher machen und sie bisweilen zwingen, die gleiche Arbeit mehrfach zu wiederholen. Öfters besteht die Neigung zu unfruchtbaren, namentlich hypochondrischen Grübeleien. Die Kranken „denken sich überall gleich etwas". Ihr Bewußtsein ist immer völlig klar, der Zusammenhang ihres Denkens in keiner Weise gestört; sie besitzen ein gutes Verständnis für das Wesen ihres Leidens, oft auch ein äußerst peinliches Gefühl der Behinderung durch die eigene Unzulänglichkeit.

Die Stimmung ist überwiegend gedrückt und verzagt, „verzweiflerisch"; „ich war in kleinem Maßstabe immer schon gemütsleidend," erklärte ein Kranker, und eine Kranke meinte: „Ich habe die Schwermut mit auf die Welt gebracht." Von Jugend auf besteht bei den Kranken eine besondere Empfänglichkeit für die Sorgen, Mühsale und Enttäuschungen des Lebens. Sie nehmen alles schwer und empfinden bei jedem Ereignisse die kleinen Unannehmlichkeiten weit stärker, als die erhebenden, befriedigenden Seiten des unbekümmerten, frohen Genusses, der rückhaltlosen Hingabe an die Gegenwart. Jeder Augenblick der Freude wird ihnen durch die Erinnerung an trübe Stunden, durch Selbstvorwürfe und noch mehr durch grell ausgemalte Befürchtungen für die Zukunft vergällt. Sie „haben nie etwas Gutes gehabt auf der Welt"; „ich war immer ein Pechvogel," meinte ein Kranker. Vielfach entwickelt sich daher ein grilliges, verdrießliches, unfreundliches, ablehnendes Wesen. Die Kranken sind nur mit sich beschäftigt, kümmern sich nicht um ihre Umgebung, zeigen keinen Gemeinsinn. Andere Kranke können äußerlich ganz gleichmäßig erscheinen und offenbaren ihre unglückliche Gemütsverfassung, ihre Selbstquälereien nur

ihren nächsten Verwandten oder dem Arzte; sie sind bei äußerer Anregung vielleicht heiter, hinreißend liebenswürdig und selbst übermütig, um sich dann, sich selbst überlassen, mit einer gewissen Befriedigung wieder in das Elend ihres Lebens hineinzugrübeln.

Jede Aufgabe steht vor ihnen wie ein Berg; das Leben, die Tätigkeit ist eine Last, die sie mit pflichtmäßiger Selbstverleugnung gewohnheitsmäßig tragen, ohne durch die Lust am Dasein, die Freude am Schaffen entschädigt zu werden. „Ich habe mich allezeit mit Gewalt fassen müssen und nicht mit Leichtigkeit, und jetzt wird's immer schwerer," äußerte ein Kranker. Die Kranken haben kein Vertrauen zu ihrer eigenen Kraft, „sehr wenig Lebensmut"; sie verzweifeln bei jeder Aufgabe und werden ungemein leicht ängstlich und verzagt, fühlen sich unnütz auf der Welt, zu allem untauglich, nervös, krank, fürchten den Ausbruch eines schweren Leidens, insbesondere einer Geistesstörung, einer Hirnerkrankung. Sie sind mißtrauisch, betrachten sich als Stiefkinder der Natur, werden von ihrer Umgebung nicht verstanden und beschäftigen sich gern mit Todesgedanken, sogar schon in den Kinderjahren.

Manche Kranke werden dauernd von einem gewissen „Schuldgefühle" gepeinigt, als hätten sie irgend etwas nicht recht gemacht, als hätten sie sich etwas vorzuwerfen. Bisweilen sind es wirkliche, aber lange zurückliegende oder ganz unbedeutende Vorkommnisse, an die sich diese quälende Unsicherheit anknüpft. Einer meiner Kranken konnte mit dem Gedanken an eine vor Jahren begangene sexuelle Verfehlung durchaus nicht fertig werden; ein anderer vermochte die Erinnerung daran nicht zu überwinden, daß ihm einmal seine Hauswirtin gesagt habe, er werde nie sein Examen bestehen. Obgleich ihm letzteres ohne besondere Schwierigkeit geglückt war, verfolgte ihn dauernd der Gedanke, daß er ein Waschlappen gewesen sei, sich so etwas sagen zu lassen; ihm sehe jeder an, daß er kein rechter Kerl sei, solche Dinge auf sich sitzen lasse. Immer wieder trieb es ihn, Schritte zu tun, um auf irgendeine Weise sich noch nach vielen Jahren Genugtuung zu verschaffen und seine vermeintlich geschädigte Ehre wieder herzustellen.

Namentlich das Gebiet der geschlechtlichen Vorgänge pflegt der Verstimmung reichliche Nahrung zu bieten. Die sexuellen Regungen erwachen sehr früh und führen zu Ausschweifungen, am häufigsten aber zu Onanie, deren Folgen den Kranken in den schwärzesten

Farben vor Augen stehen. Ein Kranker, der durch die innere Erregung trotz aller Gelübde und Schwüre immer wieder zur „Notonanie" gedrängt wurde, meinte von seinem Zustande dumpfer Hoffnungslosigkeit:

„Keine menschlichen Worte können die seelischen Leiden beschreiben, die mir dieses abscheuliche Laster verursacht hat, und nachdem ich sie durchgemacht, hat das Wort Hölle mit allen seinen Schrecken jede Bedeutung für mich verloren, wenn es etwas anderes bedeutet, als die Folgen der Onanie. Als lebendige Leiche herumzuwandeln, dabei das Bewußtsein, den Stempel dieses Lasters quasi auf der Stirn zu tragen und die kritischen Blicke oder gar die zynischen Anspielungen der guten Freunde zu hören, bis man so menschenscheu wird, daß man es vermeidet, tagsüber auszugehen, und sich lieber in sein Mausloch verkriecht, bis die Nacht anfängt! Bei weitem das schlimmste ist der Abscheu und Ekel vor sich selber, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, das mit jedem Falle tiefer wird, schließlich die kretinöse Resignation, der Verlust des Selbstvertrauens; man hat keinen Mut mehr mit dem Feinde im Lager."

Auch andere Kranke empfinden die geschlechtliche Erregung, die sich ihnen in wollüstigen Bildern aufdrängt, äußerst peinlich, um so mehr, wenn sie durch psychische Impotenz, durch ihre Scheu oder durch sittliche Bedenken an der Befriedigung verhindert werden. Hier ist ein günstiger Boden für die Entwicklung von allerlei absonderlichen Auswegen zur Hilfe aus dieser Not. Mehrfach sah ich solche Familienväter zur Einschränkung des Geschlechtsverkehrs oder zu empfängnisverhindernden Maßregeln greifen, weil sie sich zu schaden fürchteten oder vor der Verantwortung zurückscheuten, noch mehr nervöse Kinder in die Welt zu setzen.

Nicht selten wird das Gefühlsleben von einer weichlichen Empfindsamkeit beherrscht, oft mit ausgeprägten künstlerischen und schöngeistigen Neigungen und Fähigkeiten. Einer meiner Kranken konnte es nicht ertragen, etwas über den Blutkreislauf zu lesen; er ging ins Schlachthaus, um zu sehen, was er tue, wenn er Fleisch esse, und wandte sich daraufhin einer vorzugsweise pflanzlichen Ernährungsweise zu.

Die gesamte Lebensführung der Kranken wird durch ihr Leiden erheblich beeinflußt. Auf der einen Seite tritt ihre Ängstlichkeit hervor. „Ich kann sagen, ich bin in der Angst geboren," meinte ein Kranker. Sie sind unselbständig, unsicher, holen bei jedem kleinsten Anlasse fremden Rat ein. Vor jeder Verantwortung schrecken sie zurück, fürchten die entferntesten Mög-

lichkeiten, wägen peinlich alle Umstände und Folgen ab, vermeiden streng alle ungewöhnlichen oder gar gefährlichen Handlungen. Sie müssen alles selber machen, weil sie glauben, sonst die Verantwortung nicht tragen zu können, haspeln sich von früh bis spät ab in kleinlicher Tätigkeit, weit mehr, als nötig wäre, besorgen alles mit quälerischer Genauigkeit und Pünktlichkeit. Eine Dame mit ganz kleinem Haushalte brauchte regelmäßig abends noch die Zeit von 10—$^1/_2$12 Uhr, um ihre wenigen Tagesrechnungen in Ordnung zu bringen und so ihren Hausfrauenpflichten zu genügen. Die Sorge, den Lebensunterhalt nicht verdienen zu können, in Not zu geraten, veranlaßt manche Kranke zu übertriebener Sparsamkeit. Sie schränken ihre Bedürfnisse auf das äußerste ein, nähren sich mangelhaft, lassen ihre Kleidung verwahrlosen.

Infolge ihrer Ängstlichkeit kommen die Kranken nie zu einem raschen Entschlusse. Sie überlegen endlose Zeit, ohne etwas auszuführen. Eine Dame mußte erst durch Aufbietung des ganzen Familienrates veranlaßt werden, die sehnlichst von ihr selbst gewünschte ärztliche Hilfe aufzusuchen, und konnte sich auch dann nicht dazu entschließen, den erteilten Rat auch wirklich zu befolgen. Die Kranken kleben daher bei jeder Aufgabe fest und gelangen allmählich zu einer immer engeren Beschränkung ihrer Tätigkeit. Sie geben das Lesen und Musizieren, das Radfahren und Rauchen auf, gehen nicht mehr in Läden, weil sie mit der Wahl nicht fertig werden. Sie können nicht verreisen, weil die Vorbereitungen, das Bestimmen des Zieles ihnen zu schwer fallen. Am Ende macht schon das Aufstellen des Speisezettels, die Beaufsichtigung der Mädchen, die Sorge, daß alles im Haushalte zur rechten Zeit fertig ist, die größte Mühe. Manche Frauen können kein fremdes Gesicht um sich sehen, suchen die Zahl ihrer Hilfskräfte immer mehr einzuschränken, belasten sich selbst bis zum äußersten. Andere lassen schließlich alles gehen, wie es gehen will.

Namentlich die Prüfungen bilden kaum überwindliche Klippen für unsere Kranken. So mancher verzichtet trotz völlig ausreichender Befähigung auf die ihm winkende höhere Laufbahn, um sich mit einem bescheideneren Plätzchen im Leben zu begnügen, weil ihm sein mangelndes Selbstvertrauen und die Entschlußunfähigkeit die Ablegung der notwendigen Prüfung nicht gestattet. Sehr oft entwickeln sich Schrullen und Eigenheiten, die gewöhnlich in irgend-

einer Beziehung zu der Verstimmung stehen und Schutzmaßregeln bedeuten, durch die sich der Kranke über die inneren Schwierigkeiten hinwegzuhelfen sucht. Regelmäßig haben die Kranken die Neigung, sich vom Verkehr mit anderen Menschen zurückzuziehen. Sie finden keine Freude an Geselligkeit und Vergnügungen, fühlen sich am wohlsten, wenn sie für sich ihren Gedanken nachhängen oder ihren künstlerischen Neigungen folgen können. Namentlich aber hindert sie an der Pflege persönlicher Beziehungen ihr Mangel an Selbstvertrauen. Sie kommen sich gegenüber anderen, sonst vielleicht weit unter ihnen stehenden Menschen ungeschickt, tölpelhaft, töricht vor, werden das quälende Gefühl nicht los, daß sie sich fortwährend Blößen geben, von ihrer Umgebung über die Achsel angesehen werden, daß man ihre Gegenwart nicht wünscht. Eine Kranke meinte, sie finde nicht die Zeit, sich fortzubilden, und müsse daher allen dumm vorkommen. Infolgedessen werden sie still und scheu, gehen ihren Bekannten auf der Straße aus dem Wege, leben einsiedlerisch und abgeschlossen. Manche Kranke spielen fortwährend mit Selbstmordgedanken und sind immer darauf vorbereitet, beim nächsten Anlasse ihr Leben fortzuwerfen. Wenn derartige Äußerungen auch in der Regel nicht sehr ernst zu nehmen sind, so kommen doch unvermittelte Selbstmorde bei diesen krankhaft verstimmten Persönlichkeiten immer noch oft genug vor. Ein Kranker aß mit 10 Jahren Grünspan, suchte sich mit 13 und mit 20 Jahren zu erhängen, nahm mit 14 Jahren Strychnin und schoß sich mit 24 Jahren in die linke Brust, jedesmal aus ganz geringfügigem Anlasse.

Vielfach werden die Kranken von allerlei nervösen Beschwerden gequält. Sie fühlen sich matt, abgeschlagen, klagen über Eingenommenheit und dumpfen Druck im Kopfe, unangenehme Empfindungen in den verschiedensten Teilen des Körpers, Beklemmungen, Herzklopfen, Wallungen, Pulsieren, Zucken, Vibrieren; Migräneanfälle sind nicht selten. Auf geschlechtlichem Gebiete besteht oft psychische Impotenz neben häufigen Pollutionen. Der Magen bietet häufig die Erscheinungen einer nervösen Dyspepsie dar; die Verdauung pflegt träge zu sein. Der Schlaf ist in der Regel mangelhaft; die Kranken haben ein großes Schlafbedürfnis, schlafen aber spät ein, werden vielfach durch Aufschrecken und ängstliche Träume gestört, fühlen sich am Morgen nicht erquickt, sondern müde und

unfähig, um erst im Laufe des Tages allmählich in einen erträglicheren Zustand zu kommen.

Das hier geschilderte Krankheitsbild pflegt sich schon in der Jugend bemerkbar zu machen und kann ohne wesentliche Veränderungen das ganze Leben hindurch andauern. In einzelnen Fällen vollzieht sich erst in den Entwicklungsjahren, um das 17., 18., 20. Jahr herum, eine Umwandlung der Stimmungslage, nachdem bis dahin keine auffallenderen Abweichungen hervorgetreten waren. Schwankungen sind auch späterhin nicht selten. Namentlich im Anschlusse an eine heftige Gemütsbewegung oder ein körperliches Leiden, aber auch ohne erkennbaren Anlaß, kann sich der Zustand verschlimmern, um nach kürzerer oder längerer Zeit wieder etwas besser zu werden. In seltenen Fällen scheint nach jahrzehntelanger Dauer auch einmal ein vollkommenes Schwinden der Depression vorzukommen, wie es von C. F. Meyer berichtet wird. Hier und da finden sich Andeutungen eines periodischen Verlaufes, doch sind die Anfälle nur sehr unvollkommen abgegrenzt und zeigen Neigung zur Versumpfung, insofern die Nachlässe immer undeutlicher werden. Bisweilen treten auch psychogene Züge hervor, großes Trostbedürfnis, Verstärkung der Klagen in Gegenwart des Arztes. „Sie ist ganz munter, solange sie nicht in Verkehr kommt mit solchen Frauen, welche auch glauben, krank zu sein," schrieb der Mann einer Kranken.

Gerade die unmerklich bis zu wirklichen Anfällen fortschreitenden Schwankungen des Zustandes deuten auf die innere Verwandtschaft der depressiven Veranlagung mit dem manisch-depressiven Irresein[1]) hin. Es gibt tatsächlich eine ununterbrochene Reihe von Übergängen zur „periodischen Melancholie", an deren einem Ende die ganz verwaschenen Verlaufsarten mit unregelmäßigen Schwankungen und Nachlässen stehen, während wir auf der anderen Seite die Formen mit scharf umgrenztem, voll entwickeltem Krankheitsbilde und tiefen, langdauernden Remissionen zu verzeichnen haben.

Von größter Bedeutung ist aber ferner die Tatsache, daß der depressive Dauerzustand ganz unvermittelt durch manische Anfälle unterbrochen werden kann, ja, daß er nicht ganz selten die Grundlage bildet, auf der sich das Krankheitsbild der „periodischen Manie"

---

[1]) Reiss, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. 1910.

entwickelt; noch häufiger kommt ein Wechsel manischer und depressiver Anfälle vor. Wir fanden die depressive Veranlagung bei 12,1% unserer manisch-depressiven Erkrankungsfälle, doch ist dieses Verhältnis wegen der Unvollständigkeit unserer Nachrichten über das Vorleben der Kranken sicher erheblich zu niedrig. Endlich ist auf die große klinische Ähnlichkeit des hier gezeichneten Bildes mit den leichtesten Formen depressiver Anfälle hinzuweisen. Die Menschenscheu, der Mangel an Selbstvertrauen, die Mutlosigkeit, namentlich aber das Gefühl der inneren Behinderung im Denken und Wollen, die Entschlußunfähigkeit, die hypochondrischen Befürchtungen und Selbstmordgedanken begegnen uns bei beiden Krankheitsformen in ganz gleicher Weise.

Sowohl die Übereinstimmung der Zustandsbilder wie die nahen klinischen Beziehungen der depressiven Veranlagung zum manisch-depressiven Irresein und ihre Zusammengehörigkeit in der Vererbungsreihe lassen somit kaum einen Zweifel darüber, daß wir es hier mit einer Vorstufe der ausgebildeten Krankheit zu tun haben. Dazu kommt noch der Umstand, daß wir sogleich eine ganz entsprechende manische Veranlagung kennen lernen werden. Man wird jedoch die Möglichkeit offen lassen müssen, daß nicht alle Formen depressiver Veranlagung in gleichem Sinne zu deuten sind. So dürften namentlich die Fälle mit mehr umgrenzten Angstzuständen und Befürchtungen nicht hierher gehören; hier pflegt auch keine dauernde, gleichmäßige depressive Verstimmung und keine allgemeine Hemmung vorhanden zu sein.

Dagegen scheinen mir den hier geschilderten Zuständen gewisse weiche, sanfte, ein wenig zur Schwermut geneigte Naturen innerlich verwandt zu sein, die man öfters in den Familien mit manisch-depressiver Veranlagung antrifft und bisweilen auch wirklich erkranken sieht. Es sind Menschen, namentlich Frauen, die mit guter Verstandesbegabung, gewinnender, anschmiegender Liebenswürdigkeit und großer Herzensgüte Ängstlichkeit, peinliche Gewissenhaftigkeit und Mangel an Selbstvertrauen verbinden, vor jeder rauhen Berührung mit dem Leben zurückschrecken, sich leicht Sorgen machen und wohl zu dulden, ja sich zu opfern, aber nicht zu kämpfen verstehen. Nicht selten zeigen sie Mangel an Wirklichkeitssinn, Weltfremdheit und Neigung zu schwärmerischen Stimmungen, gelegentlich wohl auch eine überraschende Heftigkeit.

Das Gegenstück der depressiven bildet die manische Veranlagung, die ich früher als „konstitutionelle Erregung" beschrieben habe; sie ist in neuerer Zeit besonders von Specht und Nitsche[1]) genauer geschildert worden. Die Verstandesbegabung der Kranken ist meist mittelmäßig, bisweilen auch ziemlich gut, in einzelnen Fällen hervorragend. Sie erwerben sich jedoch in der Regel nur geringe und namentlich sehr lückenhafte, ungleichmäßige Kenntnisse, weil sie gar keine Ausdauer beim Lernen zeigen, sich nicht anstrengen mögen, ungemein leicht ablenkbar sind und sich auf jede Weise dem Zwange einer planmäßigen geistigen Ausbildung zu entziehen suchen, um dafür in buntem Wechsel alle möglichen Nebendinge zu treiben. „Sie hat überall Talente, wenn sie wollte", berichteten die Angehörigen einer Kranken. Nicht selten besitzen sie eine ganz gute Auffassungsgabe und prägen sich Einzelheiten ohne Schwierigkeit ein. Allein ihr Verständnis für Leben und Welt bleibt oberflächlich, die geistige Verarbeitung ihrer Erfahrungen verschwommen und unklar, die Erinnerung an frühere Ereignisse flüchtig, einseitig gefärbt und mit zahlreichen persönlichen Zutaten verfälscht. Der Gedankengang ist abspringend, zerfahren, ziellos, das Urteil vorschnell und flach. Die Kranken machen sich wenig Gedanken über ihre Vergangenheit, ihre Umgebung, ihre Lage, ihre Zukunft, haben überhaupt nicht das Bedürfnis, sich über die Lebensereignisse Rechenschaft zu geben und sich eine Weltanschauung zu bilden.

Die Stimmung der Kranken ist dauernd eine gehobene, sorglose, zuversichtliche. Sie besitzen ein stark ausgeprägtes Selbstgefühl, schätzen ihre eigenen Fähigkeiten und Leistungen ungemein hoch ein, prahlen mit den handgreiflichsten Übertreibungen. Ihnen fehlt vollständig das Verständnis für die krankhafte Unvollkommenheit ihrer Veranlagung. Vielmehr sind sie sicher, ihrer Umgebung überlegen zu sein, rühmen ihre ideale Gesinnung, ihre feine Sprechweise, ihre Gemütstiefe, und erwarten mit Bestimmtheit, durch ihre hervorragende Begabung ihr Glück zu machen. Gegen andere sind sie hochfahrend, rechthaberisch, reizbar, patzig, trotzig. Sie zeigen wenig Mitgefühl bei fremdem Leid, verhöhnen, necken und mißhandeln gern diejenigen, denen sie sich überlegen dünken. Bei Widerspruch können sie äußerst grob und roh werden, nehmen

[1]) Specht, Zentralblatt f. Nervenheilk., 1905, 590; Nitsche, Allgem. Zeitschr. f. Psych., LXVII, 36.

aber unter Umständen auch schwere Vorwürfe und Beleidigungen merkwürdig gleichmütig hin, ohne die Kränkung recht zu empfinden. Meist sind sie zu Scherzen, auch zur Selbstverspottung, zu Unterhaltung und Zeitvertreib jeglicher Art, zu allerlei Streichen aufgelegt. Hier und da stellen sich vorübergehend auch wohl einmal ängstliche oder traurige Stimmungen ein.

Im Benehmen und Handeln der Kranken tritt vor allem eine gewisse Unstetigkeit und Rastlosigkeit hervor. Sie sind zugänglich, mitteilsam, fügen sich leicht in neue Verhältnisse, sehnen sich aber rasch wieder nach Veränderung und Abwechslung. Manche haben schöngeistige Neigungen, verfassen Gedichte, malen, musizieren; ein Kranker sprach davon, die Schicksale seiner Mitkranken zu Novellen zu verarbeiten. Sie lieben malerische, auffallende Kleidung, tragen einen Fez, oder sie vernachlässigen sich, laufen abgerissen und schmierig herum. Ihre Ausdrucksweise ist gewandt und lebhaft; sie reden gern und viel, sind schlagfertig, niemals um eine Antwort, eine, wenn auch oft nur sehr fadenscheinige Ausrede verlegen; „sie kann reden und lesen wie ein Rechtsanwalt, wenn sie will", hieß es von einem jungen Mädchen. In der Unterhaltung schlagen die Kranken einen sehr ungezwungenen Ton an, antworten schnippisch oder ironisch, gebrauchen dichterische, gewählte Wendungen, Zitate, gesuchte Anspielungen, oder sie reden in Kraftausdrücken, derbster Mundart, flechten Zweideutigkeiten und schlechte Witze ein, die sie mit dröhnendem Lachen begleiten. Sobald sie gereizt werden, pflegen sie nach Spechts Ausdruck über ein sehr umfangreiches „Schimpflexikon" zu verfügen; „sie hat ein ungewöhnlich böses Maul", wurde eine Kranke geschildert. Ihre Schriftstücke sind wortreich, weitschweifig, schwülstig, voll von persönlichen Bemerkungen, Witzeleien, beleidigenden Ausfällen. Vielfach begehen sie auffallende und absonderliche Handlungen. Ein Kranker ließ auf seine Karte hinter seinen Namen drucken: „Bete und arbeite"; ein anderer sprach Leute auf der Straße an, um sie zu fragen, ob es einen Gott gebe, und ob sie schon an das Sterben gedacht hätten.

In ihren Entschlüssen sind die Kranken sprunghaft und unberechenbar. Infolgedessen ist ihr Leben regelmäßig eine Kette von unbesonnenen, abenteuerlichen, nicht selten auch unsinnigen und bedenklichen Handlungen. Schon in der Schule sind sie unbot-

mäßig, liederlich, Rädelsführer bei allen Ungehörigkeiten; sie schwänzen, brennen durch, tun nirgends gut, müssen die Unterrichtsanstalt wechseln, scheitern wegen ihrer Abneigung gegen gründliches und ausdauerndes Lernen bei den Prüfungen. Die militärische Zucht ertragen sie sehr schlecht, vernachlässigen Sauberkeit und Ordnung, überschreiten den Urlaub, versäumen den Dienst, lehnen sich auf und werden in der Regel vielfach bestraft, wenn man sie nicht als krank erkennt. Eine bedeutende Rolle spielt dabei vielfach der früh erwachende und sehr rege Geschlechtstrieb, der sie zu Ausschweifungen verführt; weibliche Kranke verfallen mit einer gewissen Notwendigkeit der Gewerbsunzucht. Noch ungünstiger pflegt der Einfluß des Alkohols zu wirken, dem sie sich widerstandslos hinzugeben pflegen: die Kranken vertrinken und verjubeln, was ihnen zugänglich ist. Einer meiner Kranken wurde Morphinist; andere sind starke Raucher oder Schnupfer.

Weiterhin kommt es nun zu den verschiedensten Anläufen, irgendeine Lebensstellung zu erringen, bei denen die Kranken oft nicht ohne Geschick, aber ohne Nachhaltigkeit vorgehen. Sie wechseln ohne genügenden Grund Beruf und Stellung, fangen immer wieder etwas Neues an, schmieden große Pläne, um sie nach kurzer Zeit wieder fallen zu lassen, und geraten auf allerlei Abwege. Ein Geistlicher erfand ein neues Kartenspiel und verbrachte seine Zeit mit Fischen und Photographieren; er überschüttete seine Vorgesetzten mit kirchlichen Verbesserungsvorschlägen; andere wollen Missionare werden, nach Amerika gehen. Manche Kranke schließen sich mit rasch erlahmendem Feuereifer neu auftauchenden Bestrebungen an, werden leidenschaftliche Vegetarier, Impfgegner, Antisemiten, Sportsleute, baden in winterlicher Kälte; andere werden Marktschreier, berufsmäßige Spaßvögel, Stadtoriginale. Vielfach gehen sie an Aufgaben, denen sie in keiner Weise gewachsen sind, machen Einkäufe weit über ihre Verhältnisse, schmücken sich mit hochtrabenden Titeln, die ihnen gar nicht zukommen, suchen sich durch Prahlereien und Aufschneidereien Ansehen zu verschaffen. Ein Kranker ließ sich Visitenkarten mit einer Krone drucken.

Sehr eigentümlich ist bisweilen die Planlosigkeit ihres Vorgehens, die deutlich zeigt, wie wenig der innere Drang nach Betätigung durch vernünftige Überlegungen gelenkt wird. Einer meiner Kranken ließ für teures Geld pomphafte Anerbietungen verschiedenartiger

chemischer Erzeugnisse drucken, versandte sie in alle Welt und schloß Lieferungsverträge ab, obgleich er als früherer Modewarenhändler gar nichts von Chemie verstand, seine Stoffe auf einem gewöhnlichen Küchenherde zusammenbraute und ganz außerstande war, die bestellten Mengen anzufertigen. Er meinte, er habe zunächst einmal sehen wollen, ob überhaupt Käufer kämen, bevor er sich wirklich auf die Erzeugung einrichte. Einzelne Kranke haben wirklich gute Ideen, machen brauchbare Erfindungen, zeigen große Geschäftsgewandtheit, kommen aber dennoch wegen ihrer Unstetigkeit und Unzuverlässigkeit sowie wegen der Zersplitterung ihrer Kräfte in allen möglichen Unternehmungen auf keinen grünen Zweig.

Mit ihrer Umgebung leben die Kranken vielfach in steter Fehde. Sie mischen sich in alles ein, überschreiten ihre Befugnisse, treffen unberechtigt Anordnungen. Da sie ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, zugleich aber große Ansprüche machen und anmaßend auftreten, werden sie aus ihren Stellungen bald wieder fortgeschickt. Sie verwickeln sich dann in Entschädigungsprozesse, strengen Beleidigungsklagen an, setzen sich aber durch die Maßlosigkeit ihres Vorgehens überall ins Unrecht. Bisweilen geraten sie in einen wahren Rattenkönig von Rechtsstreitigkeiten, die sie mit Leidenschaft und Nachdruck durch alle Instanzen verfolgen. Gegen ihre Vorgesetzten benehmen sie sich respektlos, flegelhaft, lassen sich Zurechtweisungen nicht gefallen, antworten auf Maßregelungen mit schlechten Witzen oder Schimpfereien. Für die Unziemlichkeit ihres Verhaltens fehlt ihnen dabei jedes Verständnis; sie begreifen gar nicht, wie man ihnen alles so übel nehmen kann, sind höchlichst erstaunt über die Weiterungen, die ihnen entstehen, setzen sich aber mit einigen Scherzen darüber hinweg. Ein Geistlicher, der seinen Gegner auf offenen Postkarten ,,Hansw.“ und ,,Rindv.“ genannt hatte, behauptete, als er verklagt wurde, ganz naiv, das solle ,,Hanswief“ und ,,Rindvögelein“ heißen; niemand dürfe doch etwas anderes herauslesen, als er gemeint habe.

Da sie sich überall als unbrauchbar erweisen, geraten die Kranken regelmäßig in wirtschaftlichen Verfall. Wenn ihre Mittel erschöpft sind, fangen sie an, zu borgen, mit Wechseln zu wirtschaften, Zechprellereien zu begehen, zu schwindeln. Ihre großen Zukunftshoffnungen, eine fast vollendete Erfindung, eine Anstellung, die ihnen

winke, ihre Bekanntschaft mit hochgestellten Personen, eine bevorstehende reiche Heirat, ein angemaßter Titel müssen dienen, ihren Kredit zu heben. Auf Vorhalt behaupten sie dann entrüstet, daß sie ganz im Recht seien, nicht die geringste Absicht eines Betruges gehabt hätten, vielmehr binnen kurzem imstande sein würden, allen ihren Verbindlichkeiten zu genügen. Unmittelbar nach der Bestrafung beginnt das alte Treiben wieder, bis endlich, oft erst nach Jahrzehnten, die krankhafte Grundlage dieser abenteuerlichen, zerfahrenen Lebensführung erkannt wird. „Sie wird von Leuten, die sie nicht kennen, bloß als lebenslustig bezeichnet," schrieb uns die sehr verständige Mutter einer Kranken.

Die Berührungspunkte dieses Krankheitsbildes mit leicht hypomanischen Zuständen sind, wie ich denke, unverkennbar. Nur ist die Erregung hier noch schwächer angedeutet, und sie verläuft nicht in abgegrenzten Anfällen, sondern sie ist eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit. Allerdings scheint sich das klinische Bild oft erst in den Entwicklungsjahren deutlicher herauszubilden, unter Umständen in Form eines Umschlagens aus einer mehr depressiv gefärbten Jugendzeit. Ferner zeigt sich nicht selten eine gewisse fortschreitende Entwicklung. Nitsche hat als „progressive manische Konstitution" Fälle beschrieben, in denen eine leichtere manische Veranlagung sich gegen das 50. Lebensjahr zu einer ausgesprochenen Hypomanie steigerte. Auch Schwankungen des Zustandes werden vielfach beobachtet; sie können unter Umständen bis zur Entwicklung leichterer oder schwererer manischer Anfälle fortschreiten. Ebensooft kommt es zum Auftreten wechselnder manisch-depressiver Zustandsbilder; seltener schieben sich reine Depressionen ein. Immerhin ist leichtes, rasch vorübergehendes Umschlagen der Stimmung ziemlich häufig; gelegentlich kommt es dabei auch zu einem Selbstmordversuche. Von den in München beobachteten manisch-depressiven Kranken boten etwa 9% eine manische Veranlagung dar.

Die leichtesten Formen der Störung führen uns hinüber zu gewissen, noch im Bereiche des Gesunden liegenden persönlichen Veranlagungen. Es handelt sich um glänzend, aber ungleichmäßig begabte Persönlichkeiten mit künstlerischen Neigungen. Sie entzücken uns durch die Beweglichkeit ihres Geistes, ihre Vielseitigkeit, ihren Ideenreichtum, ihre frische Zugänglichkeit und Unter-

nehmungslust, ihre künstlerische Befähigung, ihre Gutherzigkeit, ihre fröhliche, sonnige Stimmung. Zugleich aber setzen sie uns in unbehagliche Verwunderung durch eine gewisse Ruhelosigkeit, Redseligkeit, Sprunghaftigkeit in der Unterhaltung, übermäßige gesellige Bedürfnisse, Launenhaftigkeit und Bestimmbarkeit, Mangel an Zuverlässigkeit, an Stetigkeit und Ausdauer bei der Arbeit, Neigung zu Luftschlössern und Plänemacherei, gelegentliche ungewöhnliche Handlungen. Hier und da erfährt man dann auch wohl von Zeiten grundloser Niedergeschlagenheit oder Ängstlichkeit, die gewöhnlich auf äußere Umstände, Überarbeitung, Enttäuschungen, zurückgeführt werden. Diese Erfahrung wie der weitere Umstand, daß wir recht oft Eltern, Geschwister oder Kinder an Selbstmord in trauriger Verstimmung enden oder auch ausgeprägt manisch-depressiv erkranken sehen, legt mir die Vermutung nahe, daß eine derartige, stark entwickelte sanguinische Gemütsart als ein Glied in der langen Kette manisch-depressiver Veranlagungen anzusehen ist.

Eine weitere Form der manisch-depressiven Gemütsart, die reizbare, läßt sich vielleicht am besten als eine Mischung der bisher beschriebenen Grundzustände auffassen, insofern sich in ihr manische mit depressiven Zügen verbinden. Da sie bei etwa 12,4% der hier berücksichtigten Kranken nachweisbar war, scheint sie noch ein wenig häufiger zu sein, als die depressive Veranlagung. Die Kranken zeigen von Jugend auf ein außerordentlich stark schwankendes gemütliches Gleichgewicht und werden durch alle Erlebnisse lebhaft berührt, häufig in unangenehmem Sinne. Während sie auf der einen Seite empfindsam, zu Schwärmerei und Überschwänglichkeiten geneigt erscheinen, zeigen sie auf der anderen Seite große Reizbarkeit und Empfindlichkeit. Sie sind leicht gekränkt, hitzig, brausen auf und geraten bei geringfügigen Anlässen in maßlose Zornausbrüche. „Sie hatte Zustände, in denen sie der Raserei nahe war“, hieß es von einer Kranken, „ihr Zorn ist grenzenlos“, von einer andern. Es kommt dann zu heftigen Auftritten mit Schimpfen, Schreien und Neigung zu Handgreiflichkeiten. Eine Kranke warf in einem solchen Wutanfalle einen ganzen Stoß Teller auf die Erde; sie schleuderte ihrem Manne die brennende Lampe nach, suchte ihm mit der Schere zu Leibe zu gehen. Die Kranken sind rechthaberisch, immer in Kampfstimmung, dulden

keinen Widerspruch und geraten daher sehr leicht in Streitigkeiten mit ihrer Umgebung, die sie mit großer Leidenschaftlichkeit durchführen. Eine Kranke, die sich bei einem Hauskaufe benachteiligt glaubte, bedrohte ihren Gegner mit dem Revolver, der allerdings ungeladen war. Infolge ihrer Zanksucht sind die Kranken meist sehr unbeliebt, müssen häufig Stellen und Wohnungen wechseln, kommen nirgends gut aus; ein Kranker hatte als Offizier eine Reihe von Säbelduellen. Auch in der Familie sind sie unerträglich, launenhaft, bedrohen die Frau, prügeln die Kinder, zeigen Eifersuchtsanwandlungen.

Die Färbung der Stimmung ist vielfachem Wechsel unterworfen. Für gewöhnlich sind die Kranken vielleicht heiter, selbstbewußt, ausgelassen; dazwischen aber schieben sich Zeiten, in denen sie verdrießlich und mißmutig, auch wohl wehleidig, mutlos, ängstlich sind, ohne Grund weinen, Selbstmordgedanken äußern, hypochondrische Klagen vorbringen, sich ins Bett legen. Zur Zeit der Menses pflegt sich die Reizbarkeit zu steigern.

Die Verstandesbegabung ist öfters ganz gut; manche Kranke zeigen große geistige Regsamkeit und ein lebhaftes Bildungsbedürfnis. Sie sind aber meist sehr ablenkbar und unstet in ihren Bestrebungen. Manchmal werden sie als lügenhaft und verleumderisch bezeichnet, weil ihre Einbildungskraft durch Stimmungen und Gefühle stark beeinflußt zu werden pflegt. Darum kommt es auch leicht zu wahnhaften Deutungen der Lebensereignisse. Die Kranken glauben sich von ihrer Umgebung chikaniert, absichtlich gereizt und benachteiligt, vermuten gelegentlich Gift in den Speisen; andererseits bauen sie Luftschlösser, tragen sich mit unausführbaren Plänen.

Die Arbeitsfähigkeit braucht keine nennenswerten Störungen aufzuweisen; manche Kranke sind sehr fleißig, ja vielgeschäftig, übereifrig, bringen aber doch verhältnismäßig wenig zustande. In der Unterhaltung sind die Kranken redselig, schlagfertig, schnippisch. Ihre Lebensführung ist infolge ihrer Reizbarkeit und ihrer wechselnden Stimmungen den mannigfachsten Zwischenfällen unterworfen; sie fassen rasch Entschlüsse und führen sie auf der Stelle aus, laufen plötzlich davon, begeben sich auf Reisen, gehen ins Kloster. Eine Kranke „verlobte sich, ehe sie sichs versah“. Häufig machen sich psychogene Störungen bemerkbar, Weinkrämpfe, Ohnmachten, Krampfanfälle.

Zum Schlusse haben wir noch kurz der zyklothymischen Veranlagung zu gedenken, die durch häufige, mehr oder weniger regelmäßige Schwankungen des psychischen Zustandes nach der manischen oder depressiven Seite gekennzeichnet ist. Sie fand sich nur bei 3—4% unserer Kranken, ist aber in Wirklichkeit zweifellos weit häufiger, da sie die regelmäßige Einleitung der außerhalb der Anstalten verlaufenden, leichtesten Formen des manisch-depressiven Irreseins bildet und vielfach in fließenden Übergängen zu ihnen hinüberleitet. Es sind das jene Menschen, die dauernd zwischen den beiden Gegenpolen der Stimmung hin und her pendeln, bald „himmelhoch jauchzend", bald „zum Tode betrübt" sind. Heute lebhaft, sprühend, strahlend, voll Lebensfreude, Unternehmungslust und Tatendrang, begegnen sie uns nach einiger Zeit gedrückt, abgespannt, mißmutig, ruhebedürftig, um wiederum einige Monate später die alte Frische und Spannkraft zu zeigen. „Ich habe mir immer im Leben etwas eingebildet," erklärte eine Kranke; „einmal habe ich gemeint, es gehe so hoch einher; ein anderes Mal war es mir, als ob der Himmel einfalle." Eine andere berichtete, daß sie Zeiten habe, in denen „alles von innen heraus so leicht gelinge", und andere, in denen „wieder alles so furchtbar schwer" sei; eine dritte meinte, sie sei „wie ein Barometer, einmal so, einmal so". Ein Kranker schilderte, wie bisweilen bei der Arbeit „jeder Griff hart" gewesen sei, und wie dann die „Gehirnerleichterung" über ihn gekommen sei.

Wilmanns erinnert an Künstler, die nur zu gewissen Zeiten schaffensfreudig und fruchtbar sind, dazwischen aber trotz aller Bemühungen nicht über unbefriedigende Anläufe hinauskommen. Zunächst können sich diese Abweichungen von der mittleren Linie nur gelegentlich einmal und als rasch vorübergehende Anwandlungen bemerkbar machen; sie haben aber meist die Neigung, häufiger wiederzukehren und sich immer mehr auszudehnen, ja schließlich das ganze Leben zu erfüllen. —

Die Häufigkeit, mit der sich die verschiedenen, hier geschilderten klinischen Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins in einer größeren Beobachtungsreihe vorfinden, ist natürlich sehr verschieden. Die leichten Formen scheiden aus einer solchen Betrachtung von vornherein aus, da sie nur selten in Anstalten gelangen, vielmehr in der Familie oder in allen möglichen Sanatorien behandelt

zu werden pflegen. Ihre Zahl ist außerordentlich groß; es gibt keine „Nervenheilanstalt", die ihrer nicht dauernd eine ganze Reihe beherbergte, allerdings meist unter den Bezeichnungen Überarbeitung, Nervosität, Neurasthenie, Hysterie usf. Unter den in unsere Klinik gelangten Kranken boten 48,9% nur Depressionszustände, 16,6% nur manische Erkrankungen und 34,5% eine Verbindung von manischen und depressiven Krankheitserscheinungen dar, sei es nacheinander oder nebeneinander. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, daß der Krankheitsverlauf bei der übergroßen Mehrzahl der Fälle sicher längst nicht abgeschlossen war. Würde man nur Fälle berücksichtigen, die in hohem Alter gestorben sind, so würde die Zahl der zusammengesetzten Formen ohne Zweifel sehr erheblich anwachsen.

Unter den einfachen Formen bildeten Depressionszustände in der Form der Melancholia simplex und gravis mit 23,5% die größte Gruppe; daneben wurden in weiteren 13,5% abenteuerliche Wahnvorstellungen und in noch 6,1% Angstzustände beobachtet. Leichte manische Erregung war in 4%, Tobsucht in 9,8% der Fälle vorhanden. Dazu kamen Verwirrtheits- und Stuporzustände von verschiedener Färbung in 8,2%, Zwangsvorstellungen in 1% der Fälle. Unter den zusammengesetzten Erkrankungen überwogen die leichteren Formen mit 10,6% gegenüber den schwereren mit 9,1%. Stuporzustände und Bewußtseinstrübung zeigten sich in 4,9%; ebenso traten ausgeprägtere Wahnbildungen in 4,9% der Fälle auf. Eine Zusammenstellung, die Walker[1]) gibt, geht zwar von anderen Gesichtspunkten aus, weicht aber in der Hauptsache nicht allzusehr ab. Er fand unter 674 Fällen bei Männern 55,7% Melancholien, 11% Manien und 33,3% zirkuläre Formen, bei den Frauen entsprechend 70,2%, 6,2% und 23,6%.

Die einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins sind, wie schon aus der klinischen Schilderung hervorgeht, untereinander nicht gleich, sondern können sich recht verschieden gestalten. Will man Gruppen bilden, so kann man zunächst diejenigen Formen auseinanderhalten, in denen alle Anfälle dieselbe Färbung aufweisen, und diejenigen, in denen ein Wechsel der Zustände stattfindet. Diesen letzteren würden sich die Mischzustände anschließen, insofern sie bei weitem am häufigsten bei derartigen Übergängen zur Entwicklung kommen.

---

[1]) Walker, Archiv f. Psychiatrie, XLII, 788.

Es muß indessen schon hier betont werden, daß diese anscheinend so einfache Gruppierung in der Wirklichkeit auf vielfache Schwierigkeiten stößt. Zunächst wird es bei noch lebenden Kranken immer zweifelhaft sein, ob nicht eine Reihe von gleichartigen Anfällen selbst nach jahrzehntelanger Dauer des Leidens doch einmal unversehens durch ein ganz andersartiges Zustandsbild unterbrochen wird. Sodann aber ist auch die Kennzeichnung der einzelnen Anfälle recht oft keineswegs eindeutig. Bei der ungeheuren Mehrzahl der Manien beobachtet man, sobald man einmal darauf aufmerksam geworden ist, einleitende oder abschließende Depressionszustände, die freilich nur einige Tage andauern und wenig ausgeprägt sein können. Auch in den Verlauf der Erregung schieben sich ungemein häufig Stunden oder Tage von ganz entgegengesetzter Färbung ein, und endlich entdeckt man oft genug, daß leichtere Verstimmungen in den Zwischenzeiten zwischen den manischen Anfällen vorhanden gewesen sind. Umgekehrt folgt den hierher gehörigen Depressionszuständen vielfach eine auffallende „reaktive" Heiterkeit, die von Ärzten und Kranken gewöhnlich als Ausdruck der Freude über die Genesung angesehen wird, wie die reaktive „Melancholie" nach Manie als Erschöpfung oder als Trauer wegen der überstandenen Geisteskrankheit. Während der Depression beobachten wir plötzliche Erregungszustände, vorübergehende Lustigkeit, oder wir erfahren, daß die Kranken sich vorher oder nachher auffallend geputzt, gegen ihre Gewohnheit Vergnügungen besucht haben, reizbar und aufgeregt gewesen seien.

Wenn wir daher auch der Übersichtlichkeit halber die Anfälle nach ihrer Färbung auseinanderhalten, so dürfen wir doch dabei nicht vergessen, daß es sich hier keineswegs um grundsätzliche Unterscheidungen handelt. Vielmehr stellen alle Zustandsbilder, ähnlich wie das von den Erregungen und Depressionszuständen bei der Paralyse oder der Dementia praecox gilt, nur die wechselnden Erscheinungsformen eines und desselben grundlegenden Krankheitsvorganges dar, die sich in der mannigfachsten Weise miteinander verbinden und ineinander übergehen können.

Einen ersten Überblick über den allgemeinen Verlauf des manisch-depressiven Irreseins gibt die folgende Zusammenstellung, in der 899 Fälle einmal nach der Färbung, sodann nach der Häufigkeit ihrer Anfälle geordnet sind. In ersterer Beziehung wurden drei

Gruppen gebildet, je nachdem die Fälle nur unter dem Bilde der Depression oder der Manie oder endlich in beiden Formen oder in Mischformen verliefen; sodann wurden die Fälle mit nur einem, mit zwei oder mit drei und mehr Anfällen auseinandergehalten. Da die Beobachtungen naturgemäß zum größten Teile nicht abgeschlossen waren, wäre zu erwarten, daß sich bei ihnen noch erhebliche Verschiebungen hinsichtlich der Zahl der Anfälle vollziehen werden, doch ist auch so vielleicht ein Vergleich zwischen den verschiedenen Formen nicht ohne Wert.

	Depression	Manie	Zusammengesetzte Formen
1 Anfall	263	102	106
2 Anfälle	120	24	89
3 u. mehr Anf.	57	23	115

Diese Übersicht lehrt zunächst, daß in einer größeren Beobachtungsreihe die einmaligen Depressionen stark das Übergewicht haben. In dieser Erfahrung ist vor allem ein Ausdruck der Tatsache zu sehen, daß die Mehrzahl aller Fälle des manisch-depressiven Irreseins, etwa 60—70%, mit einem Depressionszustande beginnt. Auf diesen ersten Anfall, der in der Regel milde verläuft, folgt in etwa $^2/_3$ der Fälle eine freie Zwischenzeit, die unter Umständen das ganze Leben hindurch andauern kann. Bei ungefähr $^1/_3$ der Kranken jedoch schließt sich an die Depression sogleich eine manische Erregung, die meist in vorläufige Genesung überführt. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen beginnt nun sofort die Depression von neuem, um wieder einer Erregung Platz zu machen usf.

Die Zahl der in gleicher Form sich wiederholenden Anfälle ist in der ersten Gruppe eine verhältnismäßig geringe; drei und mehr depressive Anfälle waren etwa 4—5 mal seltener als einmalige Depressionen. Das liegt offenbar daran, daß eine große Zahl von Kranken entweder überhaupt nur einmal erkrankten oder zur Zeit der Beobachtung erst ihren ersten Anfall hinter sich hatten. Wahrscheinlich würden sich jedoch so manche der einmaligen Depressionen im Laufe der Zeit noch als die Einleitung zusammengesetzter Formen herausstellen. Dafür spricht wenigstens der Umstand, daß unter den Kranken, bei denen überhaupt drei und mehr Anfälle verzeichnet wurden, die zusammengesetzten Formen weitaus am stärksten vertreten waren.

Wo die Krankheit mit einem manischen Anfalle beginnt, tritt eben-

falls in annähernd $^2/_3$ der Fälle zunächst eine Remission ein; bei den übrigen knüpft sich an die Erregung eine Verstimmung oder ein Stupor an. Die gleichartige Wiederholung des Anfalles scheint hier zunächst noch erheblich seltener zu sein, als bei den Depressionszuständen; dagegen kann man, wenn sie dennoch erfolgt ist, mit größerer Wahrscheinlichkeit, als dort, darauf rechnen, daß noch weitere ähnliche Anfälle folgen. Im ganzen aber verstärkt sich mit wachsender Zahl der Anfälle offenbar die Neigung zu einem Wechsel der Färbung oder zur Beimischung andersartiger Krankheitserscheinungen. Allerdings beobachtet man im allgemeinen, daß die einzelnen Anfälle bei einem Kranken eine gewisse Ähnlichkeit miteinander darbieten, die sich hier und da zur ,,photographischen" Gleichheit steigern kann. Allein, man hat doch sehr häufig Gelegenheit, in demselben Krankheitsverlaufe eine ganze Anzahl der hier geschilderten Zustände nacheinander auftreten zu sehen, von der leichten Depression und dem Stupor durch die mannigfachsten Mischzustände hindurch zur Hypomanie und zur schweren Tobsucht. Irgendeine Gesetzmäßigkeit dabei aufzufinden, ist mir bisher nicht gelungen. Namentlich gehört ein ganz regelmäßiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Krankheitsabschnitten, wie er zunächst in besonderem Maße die Aufmerksamkeit der Irrenärzte auf sich gezogen hat, zu den selteneren Ausnahmen. Zumeist ist die Gruppierung, wie wir später an einigen Beispielen näher sehen werden, eine ganz unregelmäßige. Häufig genug kommt es auch vor, daß sich in eine ganze Reihe gleichartiger Anfälle ein einzelner von entgegengesetzter Färbung einfügt. Öfters entwickelt sich ein regelmäßigerer Wechsel nach längerer Krankheitsdauer, wenn in der ersten Zeit die eine Art von Anfällen überwog oder allein vorhanden war. Auch die Mischformen, insbesondere der manische Stupor, kommen, wie es scheint, gewöhnlich erst nach wiederholten Anfällen zur Ausbildung.

Die Dauer der einzelnen Anfälle ist eine ungemein verschiedene. Es gibt solche, die nur 8—14 Tage währen, ja wir sehen bisweilen, daß zweifellos krankhafte Verstimmungen oder Erregungen bei diesen Kranken nicht länger als einen oder zwei Tage oder selbst nur einige Stunden anhalten können. Meist pflegt jedoch ein einfacher Anfall 6—8 Monate zu dauern. Andererseits sind die Fälle gar nicht selten, bei denen sich ein Anfall 2, 3 und 4 Jahre hin-

durch, ein Doppelanfall die doppelte Zeit fortsetzt. Ich habe Manien gesehen, die noch nach 7, ja nach mehr als 10 Jahren in Genesung übergingen, und einen Depressionszustand, der nach 14 jähriger Dauer heilte; Albrecht berichtet über eine Melancholie, die nach 18 Jahren in Manie überging. Die Dauer der ersten Anfälle pflegt einige Monate nicht zu überschreiten, während sie sich späterhin meist mehr und mehr ausdehnt, unter Umständen durch Zusammenfließen mehrerer Anfälle.

Fast immer liegen zwischen je zwei einfachen oder Doppelanfällen freie Zwischenzeiten. Die Dauer derselben ist ebenfalls außerordentlichen Schwankungen unterworfen; sie kann sich von wenigen Wochen oder Monaten bis zu vielen Jahren und selbst mehreren Jahrzehnten erstrecken. Unter 703 Zwischenzeiten, die ich zusammengestellt habe, befanden sich 96, die 10—19 Jahre, 34, die 20—29 Jahre, 8, die 30—39 Jahre betrugen, und 1, die 44 Jahre dauerte. Dupouy beobachtete Krankheitspausen von 25 und 30 Jahren. Eine Reihe von Fällen mit langen Zwischenzeiten hat Vedrani gesammelt. Er berichtet über eine Manie, der nach 26 Jahren weitere drei kurze manische Anfälle folgten, einen aus Depression, Stupor und Manie zusammengesetzten Anfall mit nach 27 Jahren folgender Manie, einen ähnlichen Fall mit Depression nach 42 Jahren. Ferner führt er an einen Anfall von Manie und Depression mit Mischzustand nach 27 Jahren, zwei Depressionen mit 32- und 35 jähriger Pause, zwei Manien mit Pausen von 21, 30, 35 und 44 Jahren, endlich die Folge von Manie-Depression oder umgekehrt mit Pausen von 33 und 36 Jahren. Hübner teilt einen Fall von Manie mit, bei dem nach einer ersten Pause von 41 Jahren regelmäßige Wiederkehr der Anfälle erfolgte; in einem anderen Falle betrug die Zeit zwischen dem 2. und 3. Anfalle 44 Jahre.

Eine bestimmte Beziehung zwischen der Dauer der Anfälle und der Zwischenzeiten scheint nicht zu bestehen. Kurze Anfälle können sich in rascher Folge wiederholen, sich aber auch vereinzelt in längere freie Zwischenzeiten einschieben. Langdauernde und schwere Anfälle lassen einerseits wohl eine gesteigerte Neigung zu neuer Erkrankung zurück; andererseits sieht man aber doch auch wieder öfters, daß gerade ihnen eine längere Pause folgt. Bisweilen ist die Dauer der Zwischenzeiten so regelmäßig, daß sich die Kranken zur gewohnten Zeit pünktlich wieder in der Anstalt einstellen;

meist aber zeigt die Krankheit die Neigung, späterhin in rascherem Zeitmaße zu verlaufen und die Zwischenzeiten abzukürzen, selbst bis zu deren vollständigen Fortfallem. Dabei pflegt die Dauer der Anfälle allmählich zu wachsen. So sah ich bei einer Kranken im Laufe von 13 Anfällen die Dauer dieser letzteren von 3—4 auf 6—7 Monate wachsen, während die Zwischenzeiten von 1 Jahre auf 6—7 Monate abnahmen. Übrigens kann auch trotz langen Bestandes der Krankheit ein Anfall einmal unerwartet rasch verlaufen, besonders bei den Formen mit langen Zwischenzeiten. In den Rückbildungsjahren nehmen die Zwischenzeiten gern ab, bisweilen um sich später wieder zu verlängern.

Eine etwas genauere Vorstellung von diesen Verhältnissen habe ich mir dadurch zu bilden gesucht, daß ich von 406 Fällen mit zwei oder mehr Anfällen die Dauer der einzelnen Zwischenzeiten ermittet habe. Durch Gruppierung nach ihrer Länge wurde das Stellungsmittel bestimmt, diejenige Dauer, die bei einer solchen Reihenbildung gerade in der Mitte liegt. Wir gewinnen dabei ein richtigeres Bild, als durch die Berechnung eines arithmetischen Durchschnittes, dessen Betrag durch außergewöhnlich lange Zwischenzeiten in ungebührlicher Weise beeinflußt wird. Die Zwischenzeit zwischen den aufeinanderfolgenden Anfällen betrug nach dieser Berechnung:

Zwischenzeit	I.	II.	III.	IV.	V. u. folgende
	4,3 J.	2,8 J.	1,8 J.	1,7 J.	1,5 J.
Zahl der Fälle	406	157	64	33	37

Die anfangs rasche, dann langsamere Verkürzung der Zwischenzeiten mit der Zahl der Wiederholungen geht aus dieser Übersicht klar hervor. Dabei ist zu bemerken, daß eine Reihe von Beobachtungen mit sehr häufigen Anfällen und kurzen Zwischenzeiten wegen der Unsicherheit der Zeitbestimmungen nicht berücksichtigt werden konnten. Die klinische Form der Störung steht in deutlicher Beziehung zur Länge der Zwischenzeiten, wie die folgende Übersicht zeigt, bei der die Zahl der jeweils verwerteten Fälle in Klammern beigefügt wurde:

Zwischenzeiten	I.	II.	III. u. mehr
Depressionszustände	6 J. (167)	2,8 J. (46)	2 J. (27)
Manische Zustände	3,3 J. (53)	4,5 J. (24)	2 J. (20)
Zusammengesetzte Zustände	3,4 J. (185)	2,6 J. (87)	1,5 J. (98)

Die erste Wiederkehr einer Depression ist somit nach erheblich längerer Frist zu erwarten, als diejenige einer Manie oder eines zusammengesetzten Anfalles. Von Einfluß auf dieses Ergebnis sind jedenfalls die nicht seltenen Fälle, in denen Depressionen im Entwicklungsalter auftreten, um sich dann erst in den Rückbildungsjahren zu wiederholen, bisweilen mehrfach oder im Wechsel mit manischen Anfällen. Auch die späteren Rückfälle scheinen etwas langsamer stattzufinden, als diejenigen der zusammengesetzten Formen. Die aus der sonstigen Reihe herausfallende Zahl für die zweite Zwischenzeit bei manischen Erkrankungen dürfte auf einen zufälligen Fehler wegen der geringen Zahl der verfügbaren Beobachtungen zurückzuführen sein; im übrigen ist die Abnahme der Zwischenzeiten mit der Zahl der Anfälle überall deutlich.

Zuweilen beginnt das Leiden mit einer abgeschlossenen Reihe sehr kurzer und sehr rasch aufeinander folgender Anfälle von manischer oder manisch-stuporöser Färbung, denen dann eine längere, mehrjährige Pause folgt. Besonders ist das der Fall bei einer kleinen Gruppe von jugendlichen, wie es scheint, vorzugsweise weiblichen Kranken. Die einzelnen Erregungen dauern dabei oft nur wenige Tage, können aber sehr heftig sein und mit starker Verworrenheit einhergehen. Nur eine kleine Minderzahl, wohl kaum mehr als 4—5%, bilden die Fälle, in denen die Krankheit vom ersten Anfalle an in regelmäßigem Wechsel der Färbung das ganze Leben gleichmäßig und vollständig ausfüllt. Mehrfach sah ich dabei die Verstimmung im Herbste einsetzen, um im Frühling, „wenn der Saft in die Bäume schießt", in Erregung überzugehen, in gewissem Sinne den Stimmungswandlungen entsprechend, die auch den gesunden Menschen im Wechsel der Jahreszeiten überkommen. In der Regel dürfte es sich dabei um sehr leicht verlaufende Formen, Hypomanie und einfache Hemmung, handeln. Auch nach längerem, ununterbrochenem Verlaufe kann sich übrigens doch immer gelegentlich noch eine längere Remission einstellen.

Die verschiedenen Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins, wie sie durch das wechselnde Verhalten in Dauer und Färbung der einzelnen Anfälle, sodann in der Länge der Zwischenzeiten bedingt werden, sind, namentlich von Falret und Baillarger, die uns zuerst mit dieser Krankheit genauer bekannt gemacht haben, in eine Reihe von klinischen Abarten zerlegt worden, die Manie

und Mélancolie intermittente, type régulier und irrégulier, Folie alterne, Folie à double forme, Folie circulaire continue. Ich glaube mich überzeugt zu haben, daß derartige Bestrebungen zur Gruppierung an der Regellosigkeit der Krankheit notwendig scheitern müssen. Die Art und Länge der Anfälle und Zwischenzeiten bleibt im einzelnen Falle durchaus nicht die gleiche, sondern kann vielfach wechseln, so daß er immer neuen Formen zugerechnet werden müßte.

Um nunmehr noch einen genaueren Einblick in die Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins zu gewähren, gebe ich eine Anzahl von Diagrammen wieder, deren jede den Lebenslauf eines Kranken darstellt; sie wurden meist von Rehm entworfen. Blau bedeutet Depression, rot manische Erregung, beide Farben nach der Schwere der Krankheitserscheinungen etwas abgestuft. Die Mischzustände wurden, soweit es durchführbar, durch Strichelung angedeutet. Blaue Strichelung auf rotem Grund nach links bedeutet zornige Manie, nach rechts manischen Stupor, rote Strichelung auf blauem Grunde ideenflüchtige Depression, gekreuzte Strichelung depressive Erregung. Die ersten, krankheitsfreien Lebensjahrzehnte wurden der Raumersparnis halber fortgelassen.

Der erste Fall (Figur 230) stellt eine periodische Depression mit fast ganz regelmäßigen Zwischenzeiten dar, bei der sich bemerkenswerterweise in einem späteren Anfalle zeitweise Erregung zeigte. Die Anfälle haben, mit Ausnahme des ersten, rascher ablaufenden, fast genau die gleiche Dauer. Beim zweiten Falle (Figur 231), der ebenfalls nur Depressionen darbietet, auch hier mit Beimischung von Erregung in den späteren Anfällen, sehen wir die erste Erkrankung schon mit 16 Jahren einsetzen. Dann folgt eine fast 26 Jahre dauernde Pause bis zum 42. Jahre, dem Herannahen des Klimakteriums, das rasch nacheinander zwei kurze Anfälle mit sich bringt. Der dritte Fall (Figur 232) verläuft wiederum nur in Depressionen, die auch hier bei den späteren Anfällen mit Erregung einhergehen. Er beginnt erst in der Rückbildungszeit, mit 49 Jahren; dann folgen mit sich verkürzenden Zwischenzeiten noch drei ähnliche Anfälle.

Wieder ein anderes Bild bietet der vierte Fall (Figur 233) dar. Auf den ersten, kurzen, depressiven Anfall im 21. Lebensjahre folgt eine Pause von mehr als 14 Jahren. Dann setzt eine Reihe von vorwiegend kurzen, zum Teil aber auch längeren Anfällen mit ganz unregelmäßigen Zwischenzeiten ein. Die Mehrzahl dieser Anfälle,

10, sind Depressionen, zum Teil, namentlich der letzte, mit Erregung. Dazwischen aber schieben sich auch zwei leichte, rasch ablaufende manische Abschnitte ein, als erste Andeutung eines Überganges zu den zirkulären Formen. Der letzte der depressiven Fälle (Figur 234) zeigt einen einzigen, fast 15 Jahre andauernden, aber doch in Genesung übergegangenen Anfall von Depression, der seine Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein außer durch gün-

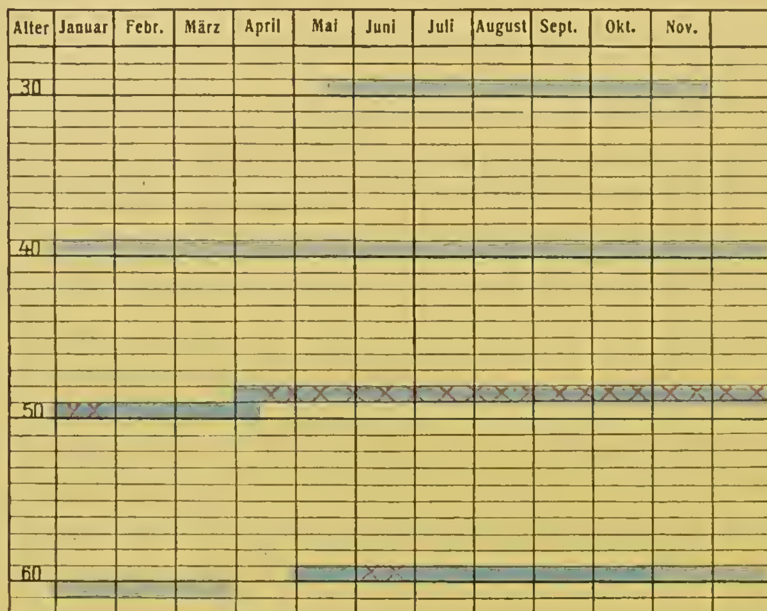


Fig. 230. Periodische Depression (1).

Manie — Zornige Manie
Hypomanie — Manischer Stupor
Schwere Depression — Depression mit Erregung
Leichte Depression — Depression mit Reizbarkeit

stigen Ausgang auch durch längere Zeiten von erregter oder nörgelnder, gereizter Stimmung verriet.

Die nächste Gruppe umfaßt manische Formen. Zuerst begegnet uns in Figur 235 eine „periodische Manie“. Die Dauer der Anfälle schwankt zwischen 3 und 9 Monaten; die Zwischenzeiten sind ziemlich unregelmäßige. Die letzten Anfälle zeigten eine mehr zornige Stimmung. Der siebente Fall (Figur 236) erkrankte in zwei, durch eine Pause von 19 Jahren getrennten Anfällen, von denen der

Alter	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
20												
30												
40												

Fig. 231. Depression in der Jugend und im Rückbildungsalter (2).

Alter	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
50												
60												

Fig. 232. Häufige Depressionen (3).

Alter	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
20												
30												
40												
50												

Fig. 233. Periodische Depression nach einzelnen manischen Anfällen (4).

zweite eine fast vierjährige Dauer erreichte. Seinem Ausbruche ging eine ganz kurze Depression vorher, als erstes Zeichen der Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein. Deutlicher werden

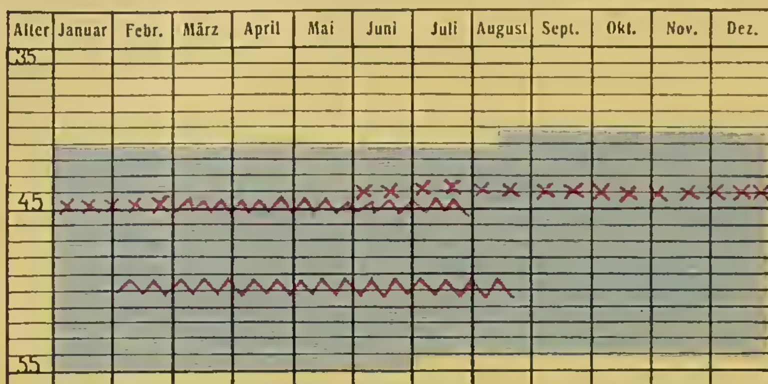


Fig. 234. Chronische Depression (5).

diese Beziehungen im Falle 8 (Figur 237), der sonst ein dem Falle 6 ganz ähnliches Bild darbietet, nur daß sich hier zweimal an den manischen Anfall ein depressiver Abschnitt anschließt. Ganz eigenartig ist das Bild des Falles 9 (Figur 238). Hier sehen wir neben

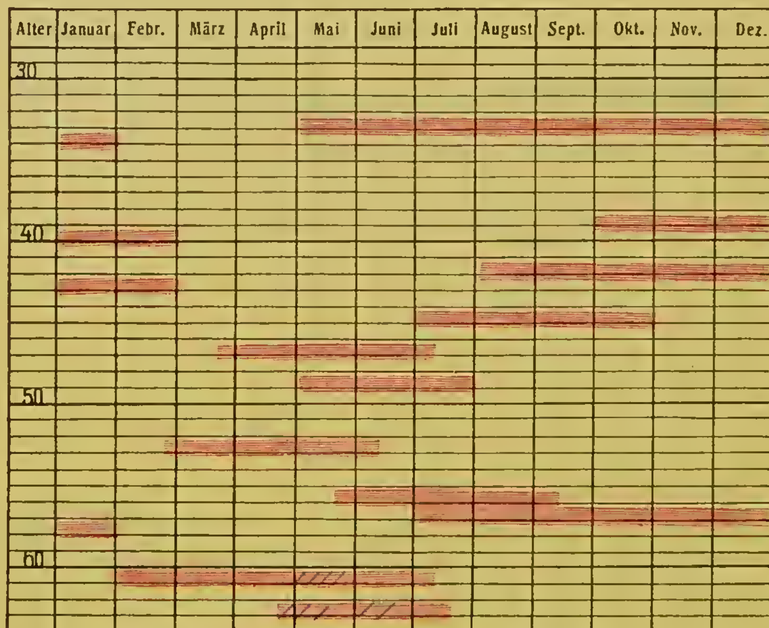


Fig. 235. Periodische Manie (6).

zwei etwas längeren, aber mit Schwankungen verlaufenden Manien eine große Zahl ganz kurzer manischer Erregungen auftreten, meist mit zorniger Stimmungsfärbung. Nach dem 50. Jahre wer-

den, ähnlich wie früher um das 30. Jahr herum, die freien Zwischen zeiten immer kürzer, und es bildet sich endlich ein regelmäßiger Wechsel von ganz rasch ablaufenden manischen und depressiven Krankheitsabschnitten heraus, der jahrelang fortdauert. Den Schluß

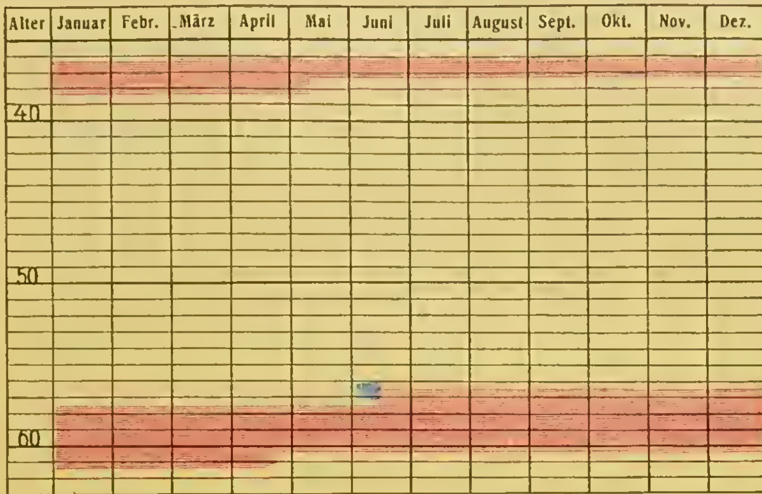


Fig. 236. Recidivierende Manie (7).

dieser Reihe möge ein Fall von dauernder manischer Erregung (Figur 239) bilden, der sich über mehr als 23 Jahre hin erstreckt. Seine Stimmungsfärbung ist vielfach zornmütig; im Beginn waren zwei kurze depressive Einschiebsel zu verzeichnen.

In der dritten Gruppe begegnet uns zunächst ein Fall (Figur 240) mit ziemlich regelmäßiger Wiederkehr gleichartig zusammengesetz-

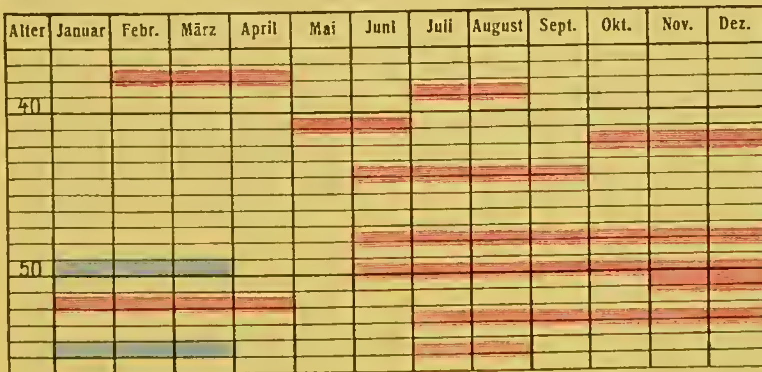


Fig. 237. Recidivierende Manie mit einzelnen Depressionen (8).

ter, zirkulärer Anfälle; er würde etwa der „folie à double forme“ der Franzosen entsprechen. Weit häufiger sind Bilder wie der nächste Fall (Figur 241). Hier entwickeln sich nach einigen, in unregelmäßigen Pausen auftretenden manischen Erregungen zwei zusam-

mengesetzte Anfälle mit mehrfachem Wechsel von Manie und Depression, einmal von einer kurzen freien Zwischenzeit unterbrochen. Zwischen diesen beiden, je mehrere Jahre umfassenden Anfallsreihen

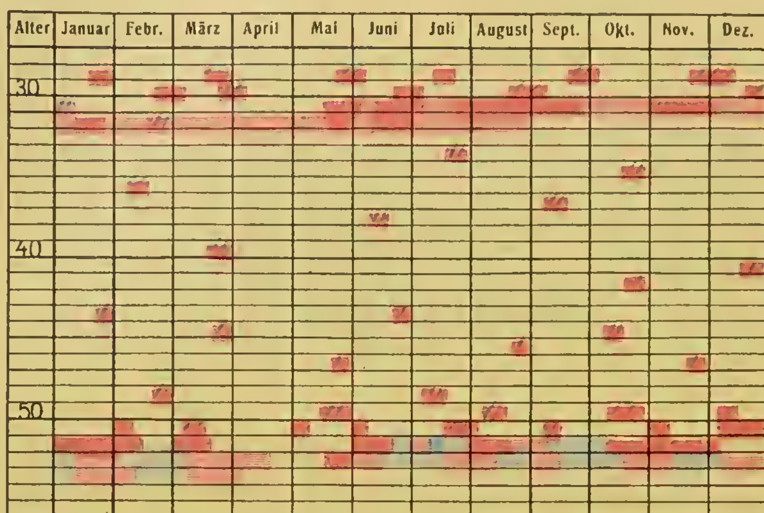


Fig. 238. Periodische Manie mit Ausgang in circuläres Irresein (9).

liegt eine Pause von 9 Jahren. Diese Reihen selbst würden, abgesehen von gewissen Unregelmäßigkeiten, der Verlaufsform der „folie circulaire“ entsprechen. Ähnliches sehen wir im Falle 13 (Figur 242), doch sind hier die Anfälle einfacher zusammengesetzt; dafür aber

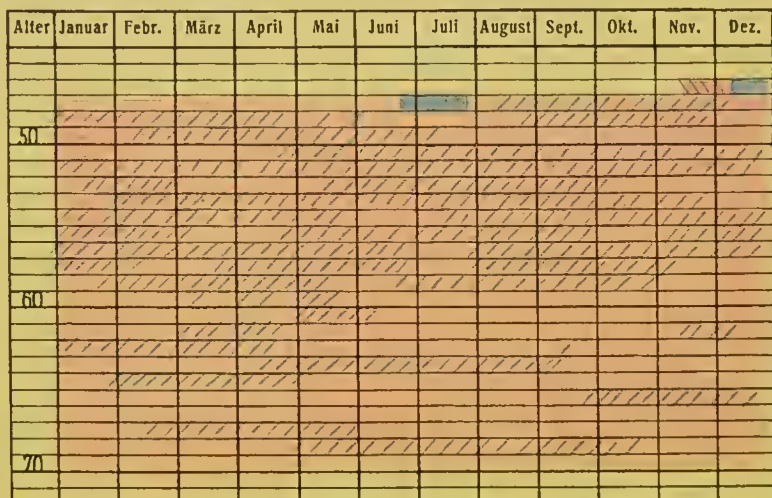


Fig. 239. Chronische Manie (10).

enthalten sie mehr Mischzustände, als im vorigen Falle. Außerdem aber beobachten wir hier nur zwei, durch eine 23jährige Pause getrennte Anfallsgruppen. Auch im Falle 14 (Figur 243) haben

wir es mit einer 23 Jahre langen freien Zwischenzeit zu tun. Der erste, mit 26 Jahren einsetzende Anfall ist aber hier eine einfache, 3 Jahre andauernde Depression. Erst bei der Wiederkehr der Krank-

Alter	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
20												
30												

Fig. 240. Folie à double forme (11).

heit im 52. Lebensjahre stellt sich ihre zirkuläre Natur deutlich heraus. Manische und depressive Abschnitte von sehr ungleicher Dauer erfüllen nunmehr einen Zeitraum von über 6 Jahren.

Alter	Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
30												
40												
50												
60												

Fig. 241. Folie circulaire (12).

Der nun folgende Fall 15 (Figur 244) setzte mit 47 Jahren in Form eines wenige Tage dauernden deliriösen Zustandes mit ängstlicher Erregung und Sinnestäuschungen ein, der klinisch kaum zu deuten

war. Ihm folgte 8 Jahre später ein zweiter, etwas länger dauernder Anfall, dann nach 2 Jahren ein dritter, an den sich ein einfacher

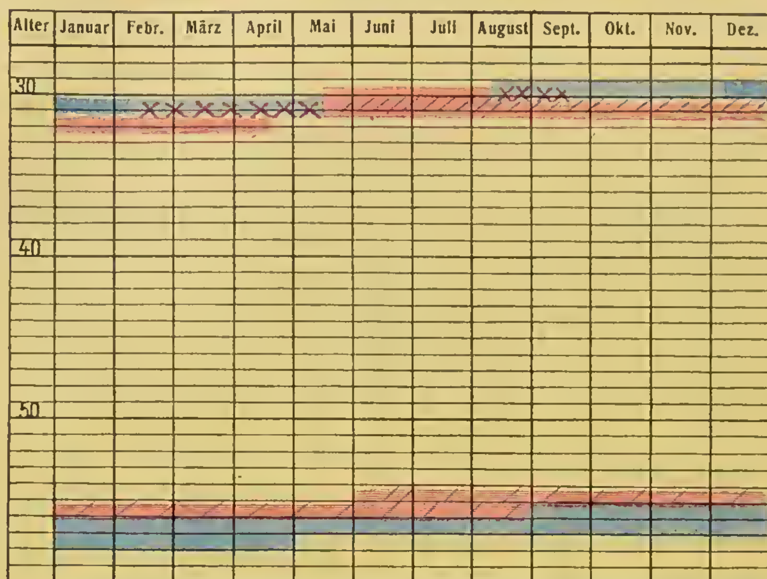


Fig. 242. Zirkuläre Anfälle mit langer Pause (13).

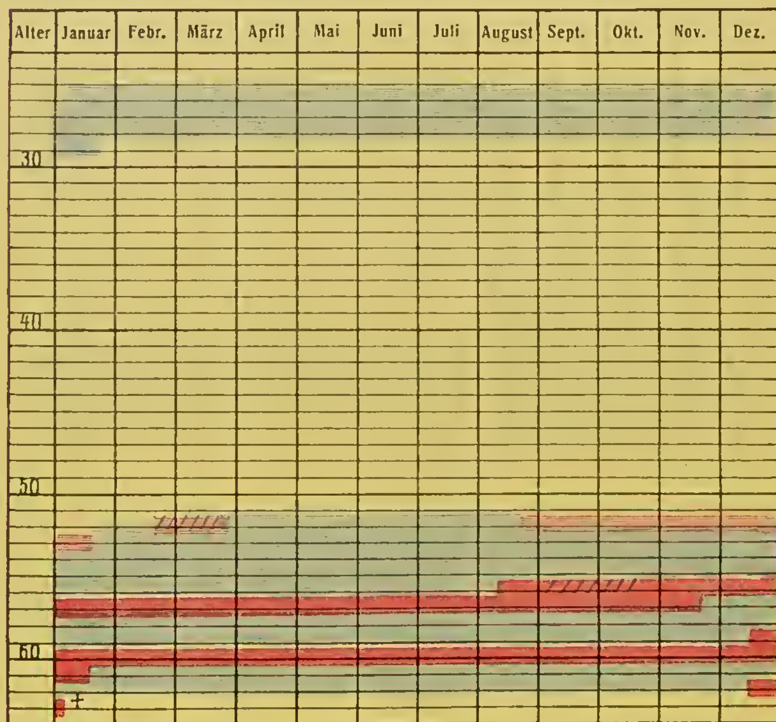


Fig. 243. Zirkuläres Irresein mit Depression in der Jugend (14).

Depressionszustand mit nochmaligem Mischzustande anschloß. Erst mit 61 Jahren zeigte sich dann die erste reine Manie, aus deren Wie-

derholung unter allmählichem Schwinden der freien Zwischenzeiten und Einschieben von Depressionen sich ein, in kurzen Anfällen von wechselnder Färbung verlaufendes, zirkuläres Irresein herausentwickelte. Der Verlauf des Falles 16 (Figur 245) bietet neben großen Abweichungen doch insofern eine gewisse Übereinstimmung, als

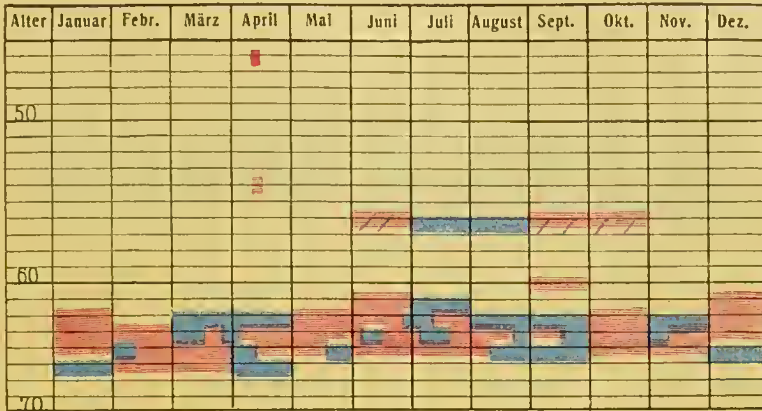


Fig. 244. Zirkuläres Irresein mit einleitenden deliranten Anfällen (15).

sich nach anfänglich einseitig, depressiv gefärbten Anfällen im 6. Lebensjahrzehnt eine ausgeprägt zirkuläre Verlaufsform herausstellt, allerdings mit recht langer Dauer der einzelnen Abschnitte. Mußte man hier zunächst an die Entwicklung einer periodischen Depression denken, so lag das noch näher im Falle 17 (Figur 246). Mit 65 Jahren trat hier eine Depression von

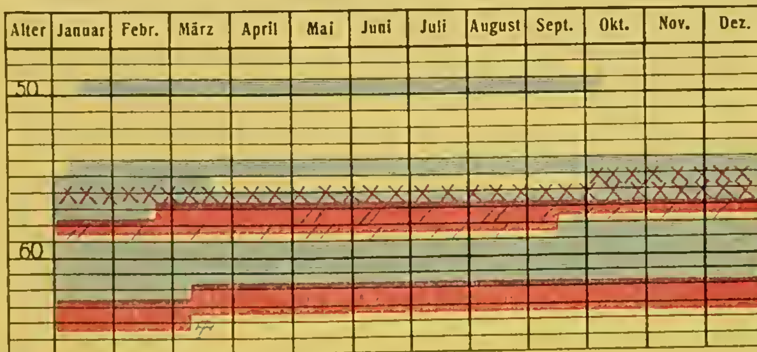


Fig. 245. Depression mit Übergang in zirkuläres Irresein (16).

$5^3/_4$jähriger Dauer auf; erst dann schloß sich eine manische Erregung an. Als letzten Fall (Figur 247) endlich teile ich eine Beobachtung mit, bei der nahezu das ganze Leben durch eine Kette von manischen und depressiven Anfällen ausgefüllt wird. Das Leiden begann mit 21 Jahren in manischer Form und verlief auch

die nächsten 10 Jahre im wesentlichen unter dem Bilde einer periodischen Manie mit kurzen Zwischenzeiten und gelegentlichen depressiven Einschiebseln. Dann kam ein nahezu 7 Jahre dauernder Abschnitt andauernder manischer oder hypomanischer Erregung, durchsetzt mit allerlei Mischzuständen und kurzen Depressionen, denen

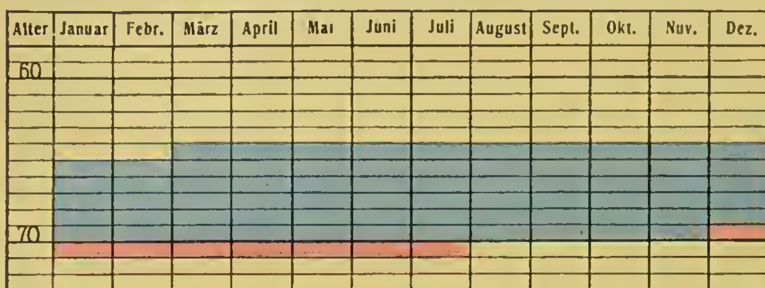


Fig. 246. Langdauernde Depression mit Übergang in Manie (17).

nach kurzer Zwischenzeit ein ziemlich unregelmäßiger, ununterbrochener Wechsel von Manie und Depression folgte.

Wenn wir hier abbrechen, so geschieht das nicht, weil mit diesen Beispielen die Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten des manisch-

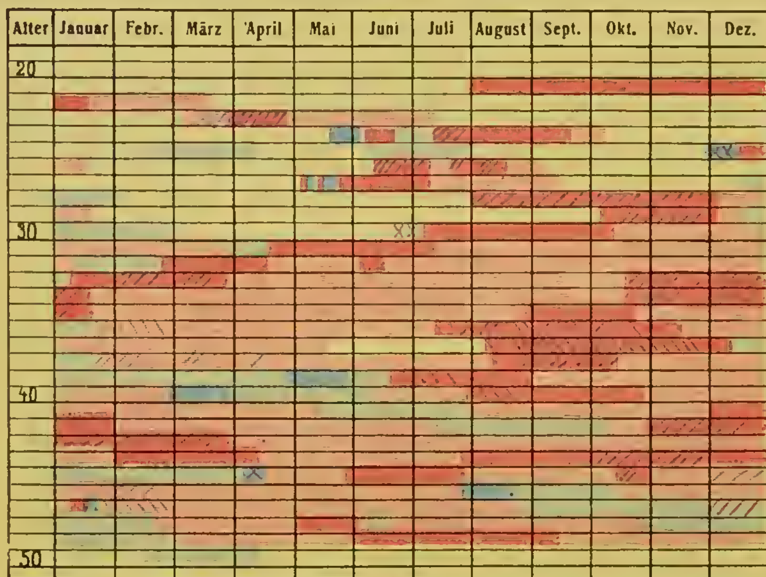


Fig. 247. Unregelmäßiges, fast das ganze Leben ausfüllendes zirkuläres Irresein (18).

depressiven Irreseins in irgend ausreichender Weise wiedergegeben wäre; sie ist schlechterdings unerschöpflich. Nur das sollen die berichteten Fälle zeigen, daß von einer auch nur annähernden Gesetzmäßigkeit des Verlaufes, wie man sie früher auf Grund gewisser Einzelbeobachtungen vielfach angenommen hat, gar keine Rede sein

kann. Gerade diese Erfahrung macht alle Abgrenzungen und Gruppierungen hinfällig, die sich auf bestimmte Spielarten des Verlaufes gründen.

In den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen erscheinen die Kranken zunächst wenigstens vollkommen gesund. Vielleicht fällt nach einer Depression das besonders blühende Aussehen und die Lebensfrische, nach einer Manie die Mutlosigkeit und Verdrossenheit auf, die der Kranke lange Zeit hindurch nicht überwinden kann. Bei längerer Dauer der Krankheit und bei häufigerer Wiederholung der Anfälle pflegen sich die psychischen Veränderungen auch während der Zwischenzeiten deutlicher herauszustellen. Wenn auch keine auffallenden Krankheitszeichen mehr nachweisbar sind, so ist doch eine gewisse Unfreiheit und Unselbständigkeit, gedrücktes, menschenscheues Wesen, leichte Ermüdbarkeit, großes Schlafbedürfnis und Herabsetzung der Arbeitskraft oft unverkennbar; „in den guten Zeiten ist sie still wie ein Mensch, der einen Kummer hat", hieß es von einer Kranken. Andere Kranke zeigen im Gegenteil Reizbarkeit, stark gehobenes Selbstgefühl, Streitsucht, Unstetigkeit, Aufgeregtheit; eine Kranke sprach von den Zeiten, wo sie „einen ganz anderen Sinn hatte, übertriebene Kleiderhoffart zeigte, weltlich gesinnt war". Öfters gewinnen die Kranken auch keine volle Klarheit über den Umfang und die Bedeutung ihres Leidens. Sie geben wohl zu, aufgeregt oder schwermütig gewesen zu sein, schieben aber die Schuld zum großen Teile auf zufällige Umstände, das Verhalten ihrer Umgebung, die Verbringung in die Anstalt. Darum werden sie auch nicht gern an die Zeit der Krankheit erinnert, weichen allen Erörterungen darüber aus, gehen dem Arzte bei späteren zufälligen Begegnungen aus dem Wege. Einzelne Kranke, bei denen neben Mangel an Krankheitseinsicht noch eine gewisse Erregung fortbesteht, beschweren sich über die während des Anfalles erfolgte, vermeintlich widerrechtliche Freiheitsberaubung oder verfassen Schilderungen ihrer Erlebnisse mit halb humoristischer, halb empörter, immer aber sehr persönlich gefärbter Darstellung.

Außerordentlich häufig sind während der Zwischenzeiten ganz leichte, angedeutete Anfälle, deren krankhafte Natur nur aus genauer Kenntnis der ausgebildeten Krankheitserscheinungen erschlossen werden kann, plötzlich erwachende Lebenslust, ungewöhnlicher Unternehmungsgeist, Abschütteln der Alltagssorgen, Ge-

schwätzigkeit, Ausgelassenheit, Reizbarkeit, oder unbegründet sorgenvolles, in sich gekehrtes Wesen, wochenlange Untätigkeit und Teilnahmlosigkeit, die dann auf Überarbeitung, einen Ärger oder dgl. zurückgeführt wird, aber ebenso rasch wieder verschwindet, wie sie gekommen war. Einer meiner Kranken ließ sich in einem hypomanischen Anfalle von einer Hochstaplerin ausbeuten; die dann folgende Verstimmung wurde von der Familie durch die erlittene Enttäuschung anscheinend ganz natürlich erklärt. Kürzere Erregungen schließen sich bei Frauen leicht an die Menses an.

Das Herannahen eines neuen Anfalles fühlen die Kranken selbst bisweilen schon Tage oder gar Wochen vorher, ohne sich darüber klare Rechenschaft zu geben. Eine meiner Kranken machte häufig einige Zeit vor dem Ausbruche des Anfalls einen sonst ganz zwecklosen Besuch in der Anstalt, bei dem sie noch keine Spur von Krankheitszeichen darbot. Andere haben noch Zeit, vor dem Beginne der Erregung ihr Haus zu bestellen und sich dann freiwillig in die Behandlung zu begeben; ein derartiger Kranker sprang einmal mitten in der Nacht über die hohe Mauer in die Anstalt hinein, nachdem er schon mehrere Stunden weit gelaufen war.

Der Übergang der beiden Krankheitsabschnitte ineinander vollzieht sich bisweilen ganz plötzlich und dann regelmäßig in der Nacht. Der deprimierte Kranke wacht zur gegebenen Zeit wider sonstige Gewohnheit sehr früh auf und ist nun manisch. Ein Kranker, der bis dahin tief verstimmt gewesen war und meinte, eine Epidemie verursacht zu haben, erschien eines Morgens mit einer roten Nelke im Knopfloch; ein anderer, der sich vor Gehirnerweichung fürchtete, kann sich, „wie umgewandelt“ vor; eine mutlose und verzagte Kranke erklärte unvermittelt, das Glück sei über sie gekommen. Der Erregte fühlt sich eines Morgens müde, abgeschlagen, gehemmt; er war „zu lustig, zu leichtsinnig; nun kommt es nach“.

Häufiger sieht man den Wechsel der Zustände sich schon von langer Hand vorbereiten. Der Gesichtsausdruck und die Haltung des bis dahin deprimierten Kranken wird allmählich freier, sein Auge lebhafter; Eßlust und Ernährung heben sich. „Ich fasse eher Mut, als daß ich verzage“, meinte eine Kranke; eine andere berichtete über einen Selbstmordversuch mit den Worten: „Der Strick riß, Gott sei Dank“, und ein Kranker, der behauptet hatte, seine ganze Lunge sei weggefressen, erklärte: „sie wächst wieder nach“. Die Haut ge-

winnt die frühere Frische, die Haltung ihre Spannkraft wieder. Nach und nach wird der Kranke zugänglicher, zeigt mehr Anteilnahme für seine Umgebung, beginnt sich andauernder zu beschäftigen, fühlt sich leichter und wohler, äußert die Sehnsucht nach Freiheit und Berufstätigkeit, „nach Frühling und Waldesgrün", faßt seine Entlassung ins Auge und macht oft längere Zeit hindurch den Eindruck eines Genesenden. Eine entlassene Kranke schrieb in diesem Zustande, sie wolle als Wärterin eintreten, „aber nur auf der ruhigen Abteilung". Ein Kranker gab uns folgende Nachricht über sein Befinden:

„Auch die Müdigkeit läßt schon etwas nach, und das Gehen kommt mir nicht mehr so hart an, aber eine lästige Schwere liegt noch immer in allen meinen Gliedern und zieht meinen Körper noch wie Blei auf den Stuhl oder zur Ruhe zurück. Doch ich denke, daß mich der Allmächtige mit seiner Kraft wieder stärkt und aufhilft und darum bin ich jetzt auch wieder froher, lobe und preise ihn, den Allgütigen, der mir durch Ihre Hand so wunderbar half. Die Zeit meines Lebens „der Seele" geht mir auf wie der Mittag und die Finsternis ist mir zum lichten Morgen geworden; meine Seele lebt, hofft und ruht wieder in dem dreieinigen Gott, unserm Herrn."

Die krankhafte Natur der anscheinenden Besserung deutet sich oft schon jetzt an. „Es geht mir unnatürlich gut", erklärte mir eine später durch Selbstmord endende Kranke; sie fühle sich um Jahre verjüngt, schlafe ganz kurze Zeit und sei dabei doch immer frisch: „so kann es doch eigentlich nicht weitergehen". Einzelne Handlungen tragen vielleicht bereits einen manischen Anstrich, während im ganzen noch die Zeichen der Hemmung überwiegen. Ich behandelte eine Kranke, die nach schwerer Depression trotz völliger Besonnenheit kaum imstande war, ein Wort hervorzubringen, dabei körperlich aufblühte, häufig lächelte und zum allgemeinen Erstaunen plötzlich blitzschnell eine Ohrfeige austeilte. Eine Dame, die noch von quälenden Verfolgungsideen geplagt wurde, erfaßte unversehens eine Bauersfrau, um mit ihr um den Tisch herumzutanzen. Eine andere hatte, als sie verzweifelnd an einem Putzgeschäfte vorüberging, den Einfall, sich ein Ballkleid zu kaufen, und erschien zur größten Verwunderung ihrer Angehörigen zwei Tage später damit auf einem Balle, den sie bereits abgesagt hatte. Mehr und mehr gewinnt dann die gehobene Stimmung die Oberhand. „Charfreitag ist heute, aber bei mir ist schon Ostern geworden", schrieb eine Kranke in ihr Tagebuch.

Sehr bezeichnend malt sich das Aufdämmern freundlicherer Bilder in dem folgenden Briefe einer Kranken, von der ich früher eine Selbstschilderung ihrer hypochondrischen Empfindungen wiedergegeben habe. Die Kranke befand sich bei der Abfassung dieses Briefes an ihre Mutter trotz erheblicher körperlicher Besserung noch in tiefer Verstimmung; sie endete bald nachher durch Selbstmord.

„Wie sehne ich mich so furchtbar nach Euch und nach dem Leben, und doch fühle ich, daß ich sterben muß. Und Dich und meine Geschwister liebe ich mehr, als das Leben — als das reiche, schöne, reine Leben, das ich so gern mit Euch teilen möchte, so wie ich sollte — und statt dessen mache ich Euch solchen Kummer. O, flucht mir nicht, ich bin wohl krank und nicht wert, daß ich bei Euch bin; verzeiht mir, was ich schon zu Euch gesprochen. — Und heute ist mir so leicht, daß ich fühle, daß ich nun einschlafen werde, und alles, alles, was so wunderschön ist im Leben, steht nun so reich und klar vor mir: Eure Liebe und die Arbeit — und der Garten und die Blumen und der Wald. Und von dem Lindenhof, so wie er war, als Deine Arbeit und Deine schaffensfreudige Hand und Dein schönheitsliebendes Auge ihn schmückte, der steht nun in so lebhaften Träumen vor mir wie nie vorher. Und weißt Du noch, wie wunderschön die Sommerabende auf der Veranda waren: Wo die beiden hohen, schlanken Tannen in den klaren Abendhimmel standen und der wilde Wein einen so durchsichtigen Schleiervorhang von der Waschküche aus herüber zu der einen Tanne und von da zu der andern spannte, den manchmal der Wind leise bewegte. Und der klare, helle Mond schaute zwischen den Tannen durch. Und wir saßen um Dich herum auf der Veranda und daneben rauschte der Wasserfall vom Mühlrad. Und als abends die Ratte ihren Luftspaziergang auf dem Draht vom Fruchtspeicher zum Wassertrunk machte und wir sie beobachteten und erst nicht wußten, was für ein nächtlicher Schwärmer das sei, das war auch so geheimnisvoll interessant, und als Fritz dann mit sicherem Auge sie herunterschoß, das war dann kraftvolle Wirklichkeit. Und ganz besonders schön war es, wenn die Rosen und Lilien blühten und die Johanniskäferchen dabei glühten, und dann am hinteren Gartenrand der duftige Wiesengrund und an seinem Saum unser Wäldchen, wo wir unsere Kinderspiele machten, bei denen Fritz der gefürchtete Raubritter immer war! Und wenn die Bienen so summten in den kerzengeschmückten Kastanienbäumen — das war zu schön zum träumenden Daruntersitzen" . . .

Man beachte die Mischung von Hoffnungslosigkeit mit schwärmerischer Überschwänglichkeit und dem leise an Ideenflucht erinnernden, wortreichen Schwelgen in poetisch gefärbten Erinnerungsbildern, die steten neuen Anknüpfungen mit „Und", ein Zeichen, daß immer neue Bilder sich aufdrängen.

In ähnlicher Weise spielt sich die entgegengesetzte Wandlung ab. Das Körpergewicht, das sich trotz der Erregung in der letzten

Zeit gehoben hatte, beginnt langsam wieder zu sinken. Nun läßt die Vielgeschäftigkeit allmählich nach; die großen Pläne treten in den Hintergrund; der Kranke hat „keinen solchen Mut mehr“, „möchte ausruhen“; „die Denkfähigkeit setzt aus; vorher war eine Hast des Arbeitens“, erklärte ein Kranker. Die Stimmung wird ruhiger, ernster, trüber. Ein junger Jurist, der in der Erregung eine Preisarbeit verfaßt hatte, besaß in der folgenden Verstimmung nicht den Mut, sie einzureichen. Zum Glück kehrte die Erregung noch rechtzeitig wieder, und er gewann den Preis. Hie und da tauchen einzelne Betrachtungen über getäuschte Hoffnungen, verfehlte Anläufe, schwere Lebenserfahrungen auf; die Bewegungen werden langsamer, schlaffer, kraftloser, der Gesichtsausdruck matt, abgespannt, der Blick müde, und nun treten auch alle die übrigen Erscheinungen der früheren Depressionszustände, eine nach der andern, wieder hervor.

Zur näheren Erläuterung aller dieser höchst merkwürdigen Seelenzustände gebe ich noch ein Bruchstück aus der umfangreichen Selbstschilderung eines Schneiders wieder, dessen Vater durch Selbstmord zugrunde gegangen war, während er selbst in seinem 14. Lebensjahre die ersten Verstimmungen durchmachte, die sich gleich einige Male wiederholten, aber immer nur wenige Wochen dauerten. Er hatte damals sofort das Gefühl, daß er an einer „angeborenen“ Krankheit leide.

„Ich wurde öfters von meinem älteren Bruder angeredet: Du sitzest ja da wie im Traum. Er hatte auch recht, denn meine Krankheit ist auch so ähnlich wie ein schwerer Traum in wachendem Zustande. Ich fand schon in diesem Zustande als 14jähriger Junge das Leben unerträglich und hatte damals schon Selbstmordgedanken. So lustig wie ich vorher war und nachher, dann so traurig, fiel meinen Angehörigen auf; ich wurde immer gefragt: Wo fehlt's denn? Im Kopf und im Herzen, sagte ich immer, denn wie es mir da ist, kann man weder beschreiben noch sagen. Gewußt hatte ich es damals schon bei der ersten Erscheinung dieses Übels, daß es Geistesstörung ist, denn ich konnte nichts merken, stellte mich zu allem ungeschickt, hatte zu nichts eine Freude, nicht einmal zum Geld; man lachte mich schließlich aus, weil ich so ähnlich tat, als wenn ich schon sterben müßte; es ist mir jedesmal zumute, als wenn ich diese Anfälle nicht überleben könnte. Andere Menschen beneidete ich, wenn sie lustig waren; ich hielt mich immer bei einer Lustbarkeit fern, und mußte ich hie und da mit meinen Kameraden, so saß ich da wie ein Stummer, denn das Sprechen ging bei mir nicht oder unzusammenhängend wie ein Stotternder. In diesem Zustande bin ich noch mit niemandem in Streit geraten; man hielt mich jedesmal für vernünftig und

folgsam, denn da habe ich weder einen Willen noch eine Vernunft, ein förmlicher Automat. So hitzig ich sonst bin, so kalt bin ich in der Krankheit. Es ist mit mir eine Umwandlung allemal eingetreten, als wenn ich ein ganz anderer Mensch wäre wie sonst, und nach meiner Überzeugung ist es auch so. Die Vergangenheit streicht mir durch den Kopf; jeder Fehler, den ich in gesundem Zustande begangen habe, drückt mich. In der Krankheit könnte ich nicht eine Lüge sagen . . Im Anfange machte ich Röcke, dann, als so allmählich die Krankheit stärker auftrat, mußte ich auf Westen übergehen . . Ich war wieder ein Stümper, aber kein Schneider mehr . . Dann (mit 24 Jahren, nach vielen depressiven Anfällen) spürte ich eine besondere Bewandtnis mit mir, aber nicht gedrückt und gedankenlos, sondern entgegengesetzt. Ich war lustig, überspannt; trotzdem ich unterwegs viel Wein trank, war ich doch nicht betrunken, denn in dieser Aufregung konnte mir gar kein Getränk nichts anhaben; hingegen kann ich sonst in meinem Normalzustande wenig vertragen. Ob ich viel oder wenig trank, blieb ich mir fast gleich, und wenn ich viel mehr trank wie gewöhnlich, am nächsten Tage hatte ich nie Katzenjammer. Das Geld achtete ich in diesem aufgeregten Zustande gar nicht, denn ich hielt mich für Grafen, Schauspieler, Dichter usw. . . In einigen Wochen brachte mich mein Bruder ins Krankenhaus, denn ich machte dumme Geschichten, ging in Gasthäuser ohne Geld usf. Die Arbeit ist mir zwar da Spielerei, aber der Kopf glüht mir dann förmlich, wenn ich einige Stunden sitze. Ich kam in eine Tobzelle, eine Art Schweinestall, und war darin 3 Wochen; bereits 14 Tage war ich ohne Besinnung, dann kam ich in den Krankensaal, wo ich etwa 4 Wochen blieb. Zusammengeschlagen hatte ich darin alles, zerrissen auch . . Kurz vor meiner Hochzeit beschlich mich diese unheimliche Krankheit wieder. Ich wurde überall als ein ruhiger, solider Mensch geschildert; natürlich reden konnte ich nicht viel. Ich habe eine traurige Hochzeit gehabt, und glaube, daß noch kein Mann mit einer solchen Verstimmung vor dem Altar erschienen ist. Früher gab ich Unterricht im Zuschneiden, und in der Krankheit konnte ich kaum einen kleinbürgerlichen Anzug machen . . Das schlechte Gedächtnis, das ich in dem jetzigen schweren Zustande habe. Namen merken, das kann ich sehr schlecht. Es darf mir ein einfacher Name gesagt werden; in der nächsten Minute weiß ich ihn nicht mehr. Ich wünsche mir oft, wenn ich ein rechter dummer Bauernknecht wäre, nur aber in meinem jetzigen Zustande. Es ist zwar ein sonderbarer Wunsch, aber immerhin kümmert sich ein Bauer wenig darum, wo das Gras oder Getreide herkommt. Jn meiner Krankheit da fallen mir immer solche Sachen ein; alles möchte ich ergründen, ohne daß ich es will. Ich habe eben keinen Willen; ich kann mir nichts vornehmen und auch nichts ausführen . . Im aufgeregten Zustande, da bin ich mehr als andere; das Sprechen geht bei mir wie beim Weber. Alles ist mir leicht, kurz ich bin leichtsinnig; da fällt mir auch das Leben leicht; ich denke nicht auf morgen.“

Noch deutlicher vielleicht kennzeichnen den Gegensatz der Zustände die folgenden Verse, die ein Kranker in der Übergangszeit

von einer schweren Depression zur Manie verfaßte, als sich gerade die ersten Anzeichen wiedererwachender Unternehmungslust bei ihm regten:

„Krank ist der Sinn, wenn er im schwarzen Jammertal
Ringsum gehäufter Leichen seiner bangen Sorgen,
Ach! auch das liebend Herz den Seinen selbst verborgen, —
Ein leeres Geisteswrack der depressiven Qual.
Prunkstrahlend andrerseits, nicht fragend wo und wie,
Entfesselt irdschen Seins, erhebt er seine Schwingen,
Lustschwelgend, jubelnd in den Himmel einzudringen:
Ihm spendete ein Gott unsterbliches Genie! — —
Nein, ach! — er steigt und fällt im Wahne der Manie!"


Fig. 248. Hypomanie.

Der gesetzmäßige Verlauf der allmählichen Übergänge aus einem Zustande in den anderen ist oft in hohem Grade schlagend. Bis in die kleinsten Einzelheiten der Lebensführung, Kleidung, Haartracht, in alle Neigungen und Abneigungen hinein pflegt sich der durchgreifende Gegensatz der Zustände zu erstrecken, so daß man glauben möchte, zwei vollständig verschiedenartige Menschen vor sich zu haben. Dieser Gegensatz tritt sehr deutlich bei einem Vergleiche der beiden Figuren 225 (S. 1264) und 248, sowie 226 (S. 1265) und 249 hervor. Die ersten beiden zeigen dieselbe Kranke einmal in einem Stupor mit tiefer Bewußtseinstrübung, sodann wenige Wochen später in einer leichten Hypomanie mit etwas geziertem Lächeln und einem riesigen Blumenstrauß an der Brust. Die andern beiden Bilder stellen den gleichen Kranken in der Manie und in einem sich daran anschließendem, schwerem, depressivem Stupor dar, das eine Mal mit heiterer, unternehmungslustiger Miene, eine Blume im Knopfloch, ein Stöckchen in der Hand und zwei Zigarren gleichzeitig rauchend, das andere Mal im Bett, mit starren, ängstlich gespannten Zügen. Ebenso sind die Schriftproben 37 und 38 geeignet, den Wechsel der Zustände zu zeigen. Die erste mit den flüchtigen, zusammenhanglosen, stark

abgekürzten Zügen ist in der Erregung nach einem Streite mit der Wärterin geschrieben, die zweite dagegen, die in der kleinen, gedrängten, stark geneigten Schrift die eingetretene Depression andeutet, stammt vom Morgen des nächsten Tages. Auch der Unterschied in Ton und Inhalt der kleinen Briefe ist ungemein bezeichnend.



Fig. 249. Manie.

Mit dem hier abgebildeten Kranken hat Aschaffenburg Assoziationsversuche angestellt, die in dem Prozentsatze der Klangassoziationen ein klares Bild von dem allmählichen Schwinden der manischen Erregung und dem Übergange in den Depressionszustand geliefert haben. Sie sind in Fig. 250 wiedergegeben; die Abschnitte der

Abscissenachse entsprechen je einem Monate. Mit dem Abklingen der manischen Erregung, die zu Beginn der Versuche schon über ein Jahr lang in schwerster Form angedauert hatte, sinkt die Zahl der Klangassoziationen ganz regelmäßig, um kurz vor der Ent-

Schriftprobe 37. Manisch-depressives Irresein:
Erregung nach Streit mit einer Wärterin. (13. II. 92, mittags 2 Uhr.)

Schriftprobe 38. Depression (14. II. 92, morgens 8 Uhr).

lassung des Kranken, die im Dezember 1895 stattfand, völlig zur Norm zurückzukehren. Schon Ende desselben Monats setzte eine ungemein tiefe Depression mit stärkster Hemmung ein, die zunächst Assoziationsversuche unmöglich machte. Die beiden nächsten Versuche im April 1896 lieferten gar keine, derjenige im Juli

1% Klangassoziationen. Den umgekehrten Übergang von der Depression zur Manie konnten wir, wie die Figur 251 zeigt,

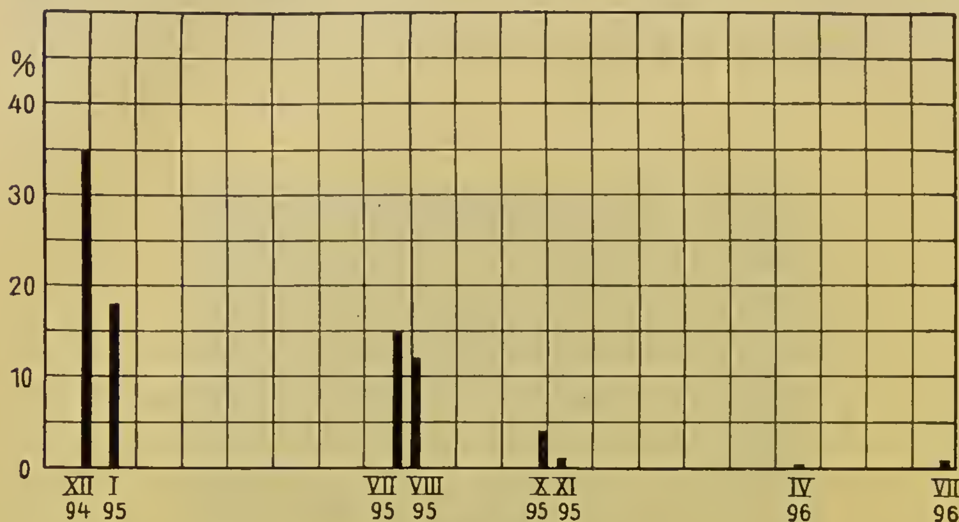


Fig. 250.
Prozentverhältnis der Klangassoziationen in der Manie und der Depression.

an der Hand von Auffassungsversuchen mit Hilfe des Pendeltachistoskopes verfolgen. Man sieht hier, wie im Laufe etwa eines Monats die schon anfangs geringe Zahl der richtigen Auffassungen stetig abnimmt, während zugleich diejenige der Fehler in weit höherem Maße steigt; zugleich war die Kranke, die zunächst noch deutlich deprimiert war, lebhaft manisch geworden.

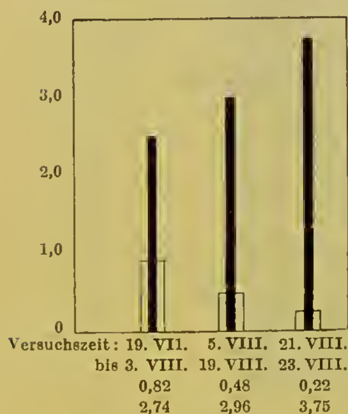


Fig. 251. Zahl der richtigen und falschen Auffassungen beim Übergange von der Depression zur Manie.

▭ richtige Auffassungen.
▬ Fehler.

Den Gang des Körpergewichtes in zwei Doppelanfällen von einer Kranken mit leichter Hypomanie und einfacher Hemmung zeigt die Kurve Fig. 252. Wir erkennen, wie es während der Erregung ansteigt und genau mit dem Einsetzen der Verstimmung wieder sinkt. Auch in dem verschiedenen Verhalten der Pulskurve prägt sich oft der Gegensatz der beiden Krankheitsabschnitte überraschend deutlich aus. —

Die Prognose des manisch-depressiven Irreseins ist für den einzelnen Anfall eine günstige. Seit langer Zeit gelten namentlich

die Heilungsaussichten bei manischer Erregung als recht gute; dabei mag der Umstand mitspielen, daß die Manie vorzugsweise eine Erkrankungsform der jugendlicheren Lebensalter ist. In der Tat kann man auch nach sehr langer Dauer der Erregung oder Verstimmung bei zuverlässiger Diagnose noch mit großer Wahrscheinlichkeit auf völlige Wiederherstellung hoffen. Insbesondere darf man sich nicht durch die anscheinend während der Manie oder nach schwerer Tobsucht öfters bestehende geistige Trägheit täuschen lassen, die gewöhnlich nur der Ausdruck der Denkhemmung ist und sich später, wenn auch langsam, völlig wieder auszugleichen pflegt.

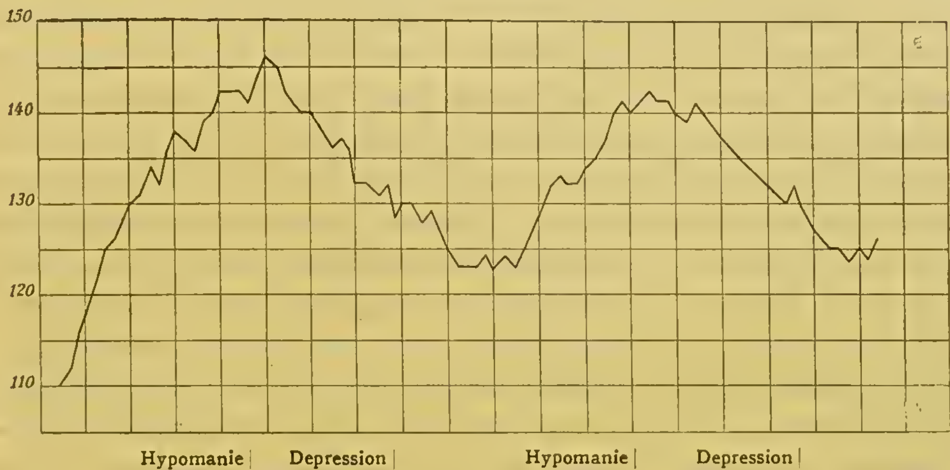


Fig. 252. Manisch-depressives Irresein; 2 Doppelanfälle.

Dagegen müssen wir in jedem Falle, der dem Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins angehört, mit der Wahrscheinlichkeit rechnen, daß die Krankheit sich mehrfach oder selbst sehr häufig im Leben wiederholen wird. Wie groß diese Wahrscheinlichkeit ist, läßt sich zur Zeit nicht sicher sagen. Nur die Verfolgung einer großen Zahl von Fällen durch das ganze Leben könnte darüber Klarheit schaffen. Da sich die nur einmal Erkrankten vielfach der weiteren Nachforschung entziehen, während die vielfach Rückfälligen eine sehr auffallende Erscheinung im Anstaltsleben darstellen, liegt die Vermutung nahe, daß wir im allgemeinen geneigt sind, die Gefahr der Wiedererkrankung zu überschätzen. Wenn wir erst die Zugehörigkeit des einzelnen Anfalles zum manisch-depressiven Irresein mit größerer Sicherheit zu beurteilen vermögen, dürfte sich

herausstellen, daß ein nicht ganz unbeträchtlicher Teil der Fälle mit einer einmaligen Erkrankung zum Abschlusse gelangt, oder, wie man es vielleicht im Hinblicke auf die über 30 und mehr Jahre sich erstreckenden Pausen auch ausdrücken kann, die Wiedererkrankung nicht mehr erlebt. Jedenfalls bleibt zu berücksichtigen, daß die Länge der Zwischenzeiten in nahezu 20% der Fälle 10 Jahre und darüber beträgt.

Wie aus unserer früheren Zusammenstellung hervorgeht, zeigen die in beiden Formen verlaufenden Fälle die größte Neigung zu häufiger Wiederholung. Der Beginn des Leidens mit einem Doppelanfall wird daher die Aussichten für die Zukunft ungünstiger erscheinen lassen. Als besonders bedenklich muß die unmittelbare Aneinanderreihung mehrfach in ihrer Färbung wechselnder Anfälle angesehen werden. Sie bedeutet oft die Entwicklung dauernder zirkulärer Zustandsschwankungen, wie in unseren Beispielen 9, 14, 15, 16, 18. Immerhin kann auch dabei, wie die Beispiele 12 und 13 zeigen, der Krankheitsvorgang wieder zum Stillstande kommen und langjährige Pausen aufweisen. In den Rückbildungsjahren muß man auf die Wiederkehr früherer Anfälle gefaßt sein; öfters reihen sich gerade jetzt eine größere Anzahl gleichartig oder verschieden gefärbter Anfälle aneinander, wie in unseren Fällen 2, 3, 9, 14, 16. Der Zeitpunkt der Wiederkehr läßt sich, wenn sich nicht schon eine gewisse Regelmäßigkeit herausgestellt hat, bis jetzt auch nicht annähernd voraussagen. Im allgemeinen freilich dürfte bei den sehr früh und ohne äußeren Anlaß einsetzenden Fällen auf vielfache Wiederkehr der Anfälle mit kurzen Pausen zu rechnen sein. Tritt jedoch das Leiden erst später und im Anschlusse an tiefer greifende Schädigungen, etwa im Wochenbette, auf, so pflegen Rückfälle nicht so rasch zu erfolgen.

Wie weit die klinischen Eigentümlichkeiten eines Anfalles einigermaßen zuverlässige Schlüsse auf die weitere Gestaltung des Krankheitsbildes gestatten, ist bis jetzt noch ganz unklar. Vielleicht gelingt es jedoch bei sehr ausgedehntem Beobachtungsstoffe, gewisse prognostische Regeln zu gewinnen, wenn auch die unberechenbaren Einflüsse der persönlichen Veranlagung und Lebensführung stets bedeutende Fehlerquellen darstellen werden. Immerhin kann man etwa sagen, daß sich Hypomanie am häufigsten mit einfacher Hemmung verbindet, während auf schwere Tobsucht gewöhnlich stark

ausgeprägte Depressionen mit Wahnbildungen und Neigung zu stuporösen Zuständen folgen. Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen und Wahnbildungen scheinen, wo sie auftreten, gern beide Abschnitte der Krankheit zu begleiten.

Auch bei sehr langer Dauer des manisch-depressiven Irreseins pflegt der psychische Zustand der Kranken in den Zwischenzeiten keine stärkere Schädigung zu erfahren, wenn die Anfälle selbst in milden Formen verlaufen. Im Gegenteil gibt es zahlreiche derartige Kranke, die in den freien Zwischenzeiten recht tüchtige, ja hervorragende geistige Leistungen aufzuweisen haben. Kahlbaum hat diese leichteren Gestaltungen der Krankheit als „Cyklothymie"[1]) den schwereren, zum Schwachsinn führenden gegenübergestellt, die er als „Vesania typica circularis" bezeichnete. Diese Unterscheidung hat jedoch nur einen gewissen praktischen Wert, insofern die Cyklothymen nicht im gewöhnlichen Sinne als „geisteskrank" angesehen werden können und daher einer wesentlich anderen Beurteilung und Behandlung unterliegen. Grundsätzlich handelt es sich jedoch offenbar überall um die gleichen Krankheitsvorgänge. Das wird nicht nur durch das Fehlen jeder scharfen Grenze zwischen Cyklothymie und manisch-depressivem Irresein, sondern auch durch den Umstand dargetan, daß wir oft genug im gleichen Krankheitsverlaufe neben schweren Anfällen von Depression oder Tobsucht auch zahlreiche leichte, cyklothymische Stimmungsschwankungen beobachten können.

Heftige und langdauernde Anfälle des manisch-depressiven Irreseins können ebenfalls mit einer völligen Wiederherstellung der früheren psychischen Persönlichkeit enden, wenn sie im Leben vereinzelt bleiben. Dagegen besteht bei einer Häufung der Anfälle, unter Umständen wohl auch bei sehr schweren, sich über viele Jahre erstreckenden Einzelanfällen und in höherem Alter, die mehr oder weniger große Gefahr der Entwicklung eines psychischen Siechtums. Vielleicht haben wir auch umgekehrt die Ausbildung von Dauerveränderungen für die ungünstige Verlaufsart der Krankheit verantwortlich zu machen. Die Schwächezustände, die sich in

---

[1]) Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins, 1897; Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. 1906; Römheld, Sommers Klinik, II, 449; Jelliffe, American journal of insanity, 67, 661.

solchen Fällen einstellen, lassen regelmäßig noch in Andeutungen die Nachwirkung der früher überstandenen Krankheitsanfälle erkennen. Manche Kranke bleiben dauernd still, gedrückt, teilnahmlos, stehen mit niedergeschlagener oder ängstlicher Miene in den Ecken herum, falten die Hände, jammern leise vor sich hin, geben auf Befragen zögernde, einsilbige, aber sinngemäße und meist zutreffende Antworten. Sie sind untätig, unschlüssig, zaghaft, lassen sich zu allem drängen, widerstreben lebhaft bei stärkeren Eingriffen. Öfters haften auch noch Reste depressiver Wahnideen; die Kranken bezeichnen sich als den Teufel, bitten um Vergebung, um eine milde Strafe, fürchten, fortgeschickt zu werden, ewig dableiben zu müssen.

Das Gegenstück zu dieser Gruppe, die man als „chronische Melancholie" bezeichnen könnte, bilden diejenigen Kranken, die Schott[1]) unter dem Namen der „chronischen Manie" zusammengefaßt hat. Hier beherrschen manische Züge das Bild. Die Kranken sind im allgemeinen besonnen und geordnet, fassen ziemlich gut auf; auch Gedächtnis und Merkfähigkeit sind leidlich erhalten. Dagegen besteht eine gesteigerte Ablenkbarkeit, Weitschweifigkeit und Sprunghaftigkeit des Denkens, Neigung zu Wortspielereien, Gedankenarmut. Für ihren Zustand besitzen die Kranken kein Verständnis, halten sich für vollkommen gesund und leistungsfähig. Die Stimmung ist gehoben, aber nicht mehr übermütig, tatenfreudig, sondern läppisch, prahlerisch; gelegentlich kommt es zu einem Aufbrausen ohne Kraft und Nachhaltigkeit. Das feinere Gemütsleben ist erheblich geschädigt. Die Kranken zeigen wenig Teilnahme für ihre Angehörigen, scheuen sich nicht, rohe Witze über sie zu machen, kümmern sich nicht um ihre Angelegenheiten, machen sich überhaupt keine Gedanken über ihre Lage und ihre Zukunft, drängen höchstens einmal ohne Nachdruck auf Entlassung. Nur die gröberen Genüsse, Essen, Trinken, Rauchen, Schnupfen, erwecken in ihnen noch lebhaftere Gefühle, ferner die Befriedigung ihrer persönlichen Wünsche und Bedürfnisse; alles andere ist ihnen mehr oder weniger gleichgültig geworden. Zugleich entwickeln die Kranken eine oft sehr störende Regsamkeit, jedoch ohne stärkere Unruhe. Sie mischen sich gern in alles ein, bevormunden schwächere Kranke, schnauzen sie an, nehmen ihnen fort, was ihnen gefällt. Sie sammeln

[1]) Schott, Monatsschr. f. Psychiatrie, 1904, 1.

allen möglichen Unrat in ihren Taschen an, schmieren damit herum, reiben und wischen, putzen sich mit Lappen und Bändchen auf, führen das große Wort, schneiden auf, suchen sich alle möglichen kleinen Vorteile zu verschaffen. Zu nutzbringender Arbeit sind die indessen wegen ihrer Unstetigkeit und Gleichgültigkeit sowie ihrer Neigung zu allerlei Unfug kaum oder gar nicht zu verwenden. Schott ist der Meinung, daß schwere erbliche Belastung diesen Ausgang besonders begünstige; auch der oft jahrzehntelange Anstaltsaufenthalt mit seinen abstumpfenden und den Gesichtskreis einengenden Wirkungen sowie das herannahende Alter könnte einen gewissen Einfluß haben. Männer sollen trotz geringerer allgemeiner Beteiligung am manisch-depressiven Irresein von diesem Siechtum etwas häufiger betroffen werden.

Mit wenigen Worten haben wir an dieser Stelle noch einer Gruppe von Fällen zu gedenken, bei denen sich das psychische Siechtum in dauerndem, unvermitteltem Schwanken zwischen weinerlicher Ängstlichkeit, Reizbarkeit und kindischer Heiterkeit kundgibt. Derartige Zustände scheinen sich bisweilen aus einer fortgesetzten Häufung kurzer zirkulärer Anfälle herauszuentwickeln. Die ursprüngliche Abgrenzung der einzelnen Anfälle verwischt sich mehr und mehr, so daß es schließlich unmöglich wird, den augenblicklichen Zustand zu kennzeichnen. Ein freundliches Wort genügt, um den anscheinend betrübt dasitzenden Kranken zu lustigem Lächeln, Händeklatschen, Singen, Herumtanzen zu bringen, aber ebenso schnell folgen auch wieder Tränen, Selbstanklagen oder stummes Hinbrüten, die dann etwa durch einen scherzhaften Schimpfausbruch abgelöst werden, alles ohne tiefere Ergriffenheit, sprunghaft wechselnd, beeinflußbar. Sich selbst überlassen, erscheinen die Kranken meist gleichgültig, wunschlos, gedankenarm, zeigen keine auffallendere Stimmungsfärbung, vermögen sich fleißig zu beschäftigen.

Endlich wäre noch die Frage aufzuwerfen, ob nicht auch gewisse Mischzustände unter Umständen in ein eigenartig gefärbtes Siechtum ausgehen können. Für die depressive Erregung ist mir das wahrscheinlich. Es wäre aber denkbar, daß z. B. auch der manische Stupor oder die depressive Manie einmal einen derartigen Verlauf nehmen könnten. Einige Male sind mir Fälle vorgekommen, die eine derartige Deutung nahezulegen schienen; es bedarf aber noch

weiterer Nachforschungen in dem Beobachtungskreise der großen Anstalten, bevor es möglich sein wird, sich über diese Frage ein bestimmtes Urteil zu bilden.

Einigermaßen getrübt wird die Prognose des manisch-depressiven Irreseins durch seine Beziehungen zur Arteriosklerose. Ich habe schon darauf hingewiesen, daß sich die Krankheit durchaus nicht selten erst in den Rückbildungsjahren und selbst noch in höherem Alter, bisweilen geradezu nach einem Schlaganfalle entwickelt. Auf der anderen Seite liegen zahlreiche Erfahrungen vor, die für das frühzeitige Auftreten arteriosklerotischer Veränderungen bei unseren Kranken sprechen. Albrecht teilt mit, daß er unter 54 Fällen 18 mal Arteriosklerose nachweisen konnte, davon über die Hälfte zwischen dem 50. und 60. Jahre, 6 noch ganz nahe dem 50. Jahre. Wie man sich diesen Zusammenhang zu denken hat, bleibt vorläufig unklar. Es wäre möglich, daß die starken und häufigen Schwankungen des Blutdruckes und der Gefäßinnervation, die in der Krankheit eintreten, eine Schädigung für die Gefäße bedeuten. Huldigt man mehr der Annahme chemischer Ursachen, so könnte man glauben, daß eben jenes Gift, welches den Wechsel der psychischen Zustände erzeugt, auch die Gefäßwandungen in Mitleidenschaft ziehe, ähnlich wie man sich etwa das Verhältnis zwischen syphilitischer bzw. paralytischer Gefäßveränderung und den entsprechenden Rindenerkrankungen vorstellt; so würde das Auftreten zirkulärer Anfälle bei schon bestehender Arteriosklerose eher verständlich. Für diese Auffassung wären auch die zwar seltenen, aber doch hier und da beobachteten epileptischen Anfälle nicht ohne Bedeutung. Ich sah einen 52jährigen Kranken, der weder an Trunksucht noch an Syphilitis litt, nach mehrfachen, schweren epileptischen Anfällen im 15. Jahre eines manisch-depressiven Irreseins plötzlich apoplektisch zugrunde gehen. Erst in den letzten Wochen seines Lebens traten die Zeichen der Arteriosklerose deutlicher hervor; auch seine Mutter war apoplektisch gestorben.

Wo sich im Laufe eines manisch-depressiven Irreseins arteriosklerotische oder, was auch bisweilen vorkommt, schwerere senile Veränderungen hinzugesellen, kann es zur Entwicklung von psychischen Schwächezuständen kommen, die das ursprüngliche Krankheitsbild verwischen. Ich habe es mehrfach gesehen, daß Kranke, die eine Reihe von Anfällen ohne nennenswerte Schädigung ihrer

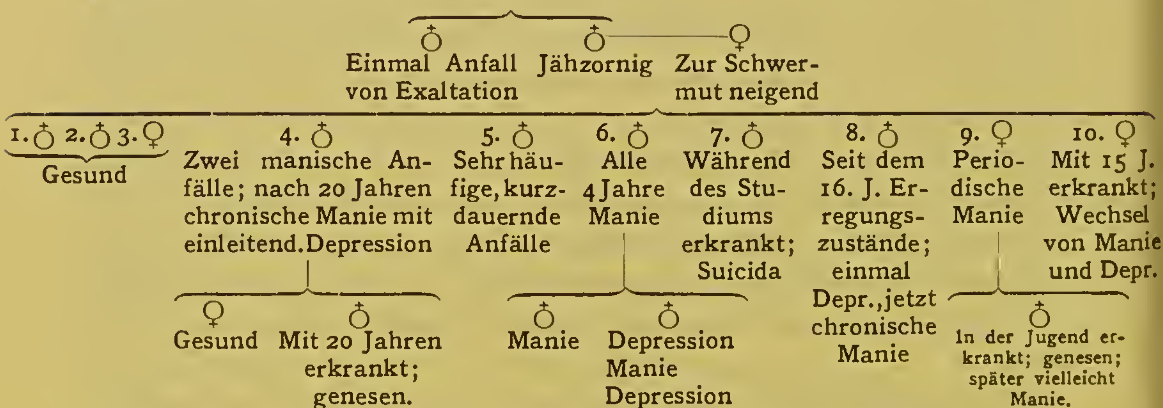
psychischen Leistungen überstanden hatten, in höherem Alter verblödeten, und zwar in der bekannten Form des arteriosklerotischen oder senilen Schwachsinns. Da wir auf der anderen Seite Fälle genug kennen, in denen trotz hohen Alters manisch-depressive Kranke keinerlei geistige Einbuße erleiden, so haben wir den Eintritt einer derartigen, erheblichen Verblödung wohl immer auf das Hinzutreten einer neuen, mehr oder weniger selbständigen Erkrankung zurückzuführen. Pilcz ist der Meinung, daß die Ausbildung einer Verblödung wesentlich an das Bestehen alter Hirnnarben geknüpft sei. Das könnte wohl nur zutreffen, soweit diese der Ausdruck eines Krankheitsvorganges sind, der noch eines Fortschreitens fähig ist, wie die Lues oder die Arteriosklerose.

Der Ausgang in Tod ist beim manisch-depressiven Irresein nicht sehr häufig. Er kann durch verschiedenartige, hinzutretende Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung mit Versagen des Herzens (Kollaps) bei lange dauernder, heftiger Erregung mit Schlafstörung und ungenügender Ernährung, durch Verletzungen mit nachfolgender Blutvergiftung und durch Fettembolien der Lungen infolge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden. Sehr fettreiche Personen mit ungenügender Leistungsfähigkeit des Herzmuskels sind in schwereren manischen Anfällen entschieden gefährdet. Außerhalb der Anstalten fordert endlich auch der Selbstmord eine erhebliche Zahl von Opfern, namentlich bei den leichten, anscheinend noch nicht oder nicht mehr anstaltsbedürftigen Erkrankungen. Bei zweckmäßiger Unterbringung und Überwachung läßt sich diese ernste Gefahr sehr einschränken, leider aber doch nicht immer mit unbedingter Sicherheit ausschließen; namentlich vorzeitige Entlassungen führen gelegentlich immer wieder einmal zu bitteren Erfahrungen. Bei älteren Personen kommen gelegentlich Apoplexien vor. Von irgend gesicherten Leichenbefunden ist noch nichts zu berichten. —

Das manisch-depressive Irresein in dem hier umgrenzten Sinne ist eine recht häufige Krankheit; etwa 10—15% der Aufnahmen in unserer Klinik gehören ihm an. Die Ursachen des Leidens haben wir, wie es scheint, wesentlich in krankhafter Veranlagung zu suchen. Erbliche Belastung[1]) konnte ich in etwa 80% der in Heidelberg

[1]) Fitschen, Monatsschr. f. Psychiatrie, VII, 127.

beobachteten Fälle nachweisen. Walker fand sie in 73,4%, Saiz in 84,7, Weygandt in 90, Albrecht in 80,6%, bei den Formen mit zahlreichen Anfällen noch etwas häufiger. Belastung vonseiten der Eltern sah er in 36% der Fälle, bei den letztgenannten Formen in 45%. Die in München gewonnenen Werte sind wegen der weit unvollkommeneren Kenntnis der Vorgeschichte erheblich niedriger. Immerhin ließ sich in $^1/_3$ der Fälle Geisteskrankheit oder Trunksucht bei den Eltern nachweisen, letztere allein in etwas über 10% der Fälle. Hier wie in Heidelberg machte ich die Erfahrung, daß Erkrankungen an manisch-depressivem Irresein bei Eltern oder Geschwistern unverhältnismäßig häufig waren. Ferner fand sich sehr oft der nach der gleichen Richtung zeigende Selbstmord; endlich wurde auch vielfach das Vorkommen psychopathischer Persönlichkeiten in der Familie angegeben, von denen sicher ebenfalls so manche in das Gebiet des hier behandelten Leidens zu rechnen sind. Dagegen schienen Epilepsie, Arteriosklerose und, soweit sich das beurteilen ließ, auch Dementia praecox in der Vererbungsreihe keine nennenswerte Rolle zu spielen. Vogt teilt mit, daß in 22,2% seiner Fälle Geisteskrankheit des Vaters oder der Mutter, in 35,2% solche der Geschwister bestand, gegenüber den entsprechenden Werten von 12,2 und 15,3% bei anderen Formen des Irreseins. Einen sehr lehrreichen Stammbaum hat Kölpin mitgeteilt, der hier wiedergegeben werden soll:



Man sieht, daß von 10 Kindern eines Elternpaares, das wahrscheinlich beiderseits manisch-depressiv veranlagt war, nicht weniger als sieben in gleichem Sinne erkrankten; von den fünf Nachkommen zweiter Geschlechtsfolge sind bereits vier erkrankt. Über die Kinder manisch-depressiver Eltern hat Rehm Nachforschungen angestellt.

Er fand unter 44 Kindern aus 19 Familien psychische Entartungszeichen in 52%, insbesondere in 29% abnorme gemütliche Veranlagung, vorzugsweise in depressivem Sinne. Bergamasco stellte fest, daß unter 157 Kranken aus 59 Familien 109 dem manisch-depressivem Irresein angehörten; der Rest verteilte sich auf pellagröses Irresein, Dementia praecox, Altersblödsinn, Epilepsie, Paralyse, Hysterie.

Anhaltspunkte für die Annahme vererbter Lues lagen nur in einigen wenigen Fällen vor. Die Begabung unserer Kranken wurde in 62,2% der Fälle, in denen darüber Nachrichten vorlagen, als gut oder sehr gut bezeichnet. Sehr gut gelernt hatten 13%, schlecht 10,7%. Wenn sich daher auch unter den Kranken einzelne fanden, die als schwachsinnig gelten durften, so scheint doch im allgemeinen ihre Verstandesanlage eher über dem Durchschnitte zu stehen. Daß künstlerische Veranlagungen verhältnismäßig häufig sind, wurde wiederholt angedeutet; hier bestehen wohl Beziehungen zu der Lebhaftigkeit und Beweglichkeit der gemütlichen Regungen. Körperliche Entartungszeichen, besonders Verbildungen, Schiefheit, Kleinheit oder hydrocephalische Ausbuchtung des Schädels, infantiler Habitus finden sich öfters; von manchen Kranken wurde berichtet, daß sie an Kinderkrämpfen gelitten, lange das Bett genäßt, spät laufen oder sprechen gelernt hätten.

Die Verteilung der ersten Anfälle des Leidens auf die einzelnen Altersstufen zeigt die umstehende Darstellung (Fig. 253). In seltenen Fällen lassen sich die ersten Anfänge schon bis vor das 10. Lebensjahr zurückverfolgen. Friedmann[1]) schildert bei jugendlichen Personen leicht verlaufende, öfters durch äußere Anlässe ausgelöste, manische oder depressive Anfälle oder Reihen von solchen als „milde Formen"; stuporöse, delirante und somnambule Zustände sind dabei häufig; bisweilen soll völlige, dauernde Heilung eintreten, was sich allerdings erst nach Jahrzehnten mit einiger Sicherheit feststellen lassen würde. Liebers hat eine 6 Monate dauernde Manie bei einem noch nicht 5jährigen Knaben beschrieben.

Die größte Häufigkeit der Ersterkrankungen fällt jedoch in die Entwicklungszeit mit ihrer gesteigerten gemütlichen Erregbarkeit, zwischen das 15. und 20. Lebensjahr. Aber auch im nächsten Jahrzehnt ist die Zahl der Erkrankungen noch sehr groß, um erst nach

[1]) Friedmann, Monatsschr. f. Psychiatrie XXVI, 36.

dem 30. Jahre allmählich abzunehmen. Dieses Sinken wird zwischen dem 45. und 50. Jahre durch einen neuen Anstieg unterbrochen, dessen Nachwirkung sich auch noch in dem langsameren Abfalle der Zahlen bis zum 55. Jahre geltend macht. Offenbar spielen hier die Einflüsse der Rückbildungsjahre eine Rolle. Vereinzelte Erkrankungen beginnen erst in ganz hohem Alter. Petrén beobachtete einen Fall, der mit 80 Jahren einsetzte und mit 88 Jahren noch keine Zeichen von Altersblödsinn darbot.

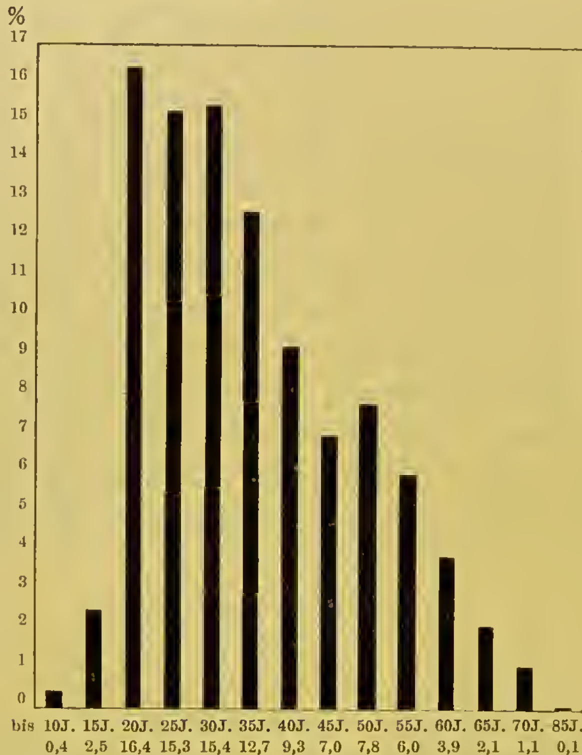
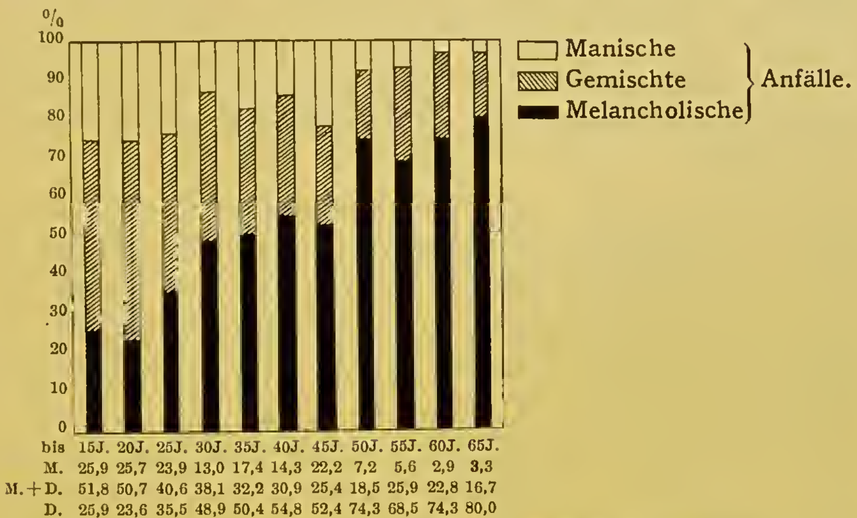


Fig. 253. Verteilung der ersten Anfälle des manisch-depressiven Irreseins (903 Fälle) auf die einzelnen Altersstufen.

Einen weiteren Einblick in die Bedeutung des Lebensalters gewährt die Figur 254. Hier ist für die verschiedenen Altersstufen die Verteilung der hier einsetzenden Krankheitsfälle nach ihrer klinischen Färbung angegeben. Unterschieden wurden rein manische und depressive sowie solche Anfälle, bei denen sich manische und depressive Krankheitserscheinungen aneinander anschlossen oder zu gut gekennzeichneten Mischzuständen zusammenflossen. Dabei wurden nur voll entwickelte, einseitig gefärbte oder gemischte Zustandsbilder berücksichtigt, nicht aber die Beimischung einzelner, flüchtiger Krankheitszeichen entgegen-

gesetzter Art in einem sonst unzweideutigen klinischen Bilde. Bei dieser Betrachtung ergibt sich die merkwürdige Tatsache, daß die Färbung der klinischen Bilder durch das Lebensalter in sehr entschiedener Weise beeinflußt wird. Die rein manisch verlaufenden Fälle beginnen ganz vorzugsweise in der Jugend vor dem 25. Jahre. Wenn die immerhin nur kleine Zahl von Beobachtungen nicht trügt, scheint sich mit dem Beginn der Rückbildungsjahre die Neigung zu manischen Erkrankungen noch einmal zu verstärken, um dann rasch und erheblich abzunehmen. Nach dem 55. Jahre beginnen nur noch ganz vereinzelte, rein manisch verlaufende Fälle. Auch die Häufigkeit der im engeren Sinne manisch-depressiven Fälle nimmt



bis	15J.	20J.	25J.	30J.	35J.	40J.	45J.	50J.	55J.	60J.	65J.
M.	25,9	25,7	23,9	13,0	17,4	14,3	22,2	7,2	5,6	2,9	3,3
M.+D.	51,8	50,7	40,6	38,1	32,2	30,9	25,4	18,5	25,9	22,8	16,7
D.	25,9	23,6	35,5	48,9	50,4	54,8	52,4	74,3	68,5	74,3	80,0

Fig. 254. Färbung der Anfälle in verschiedenen Altersstufen.

mit fortschreitendem Lebensalter deutlich ab, wenn auch mit kleinen Schwankungen, eine Erfahrung, die mit der geringeren Neigung höherer Altersklassen, manisch zu erkranken, unschwer in Einklang zu bringen wäre. Dagegen zeigen die depressiven Erkrankungen ein fast stetiges Anwachsen vom 2. bis zum 7. Lebensjahrzehnt, um schließlich die Höhe von 80% aller Fälle zu erreichen.

Die Tatsache, daß Depressionszustände in den höheren Lebensaltern besonders häufig sind, hat mir schon früher die Vermutung aufgedrängt, daß die Rückbildungsvorgänge im Körper geeignet seien, traurige oder ängstliche Verstimmungen zu erzeugen; sie war einer der Gründe, die mich dazu veranlaßten, einem Teil dieser Formen eine klinische Sonderstellung unter der Bezeichnung der Melancholie einzuräumen. Nachdem die rein klinischen Grundlagen dieser Auf-

fassung durch die Untersuchungen von Dreyfus erschüttert worden sind, läßt unsere Darstellung nunmehr auch die ursächliche Bedeutung des Lebensalters in etwas anderem Lichte erscheinen, als ich sie früher auffaßte. Es ist allerdings unverkennbar, daß nach dem 45. Lebensjahre, also mit dem Beginne des Klimakteriums bei dem die Zahlen in erster Linie beherrschenden weiblichen Geschlechte, eine starke Häufung von Depressionszuständen einsetzt. Dagegen macht es die Betrachtung des ganzen Diagramms wahrscheinlich, daß es sich hier nur um die Steigerung einer sich schon weit früher vorbereitenden Wandlung im klinischen Verhalten der Krankheitsanfälle handelt. Die Zunahme der Depressionszustände ist schon im dritten und vierten Jahrzehnt eine so ausgesprochene, und sie schreitet verhältnismäßig so regelmäßig fort, daß sich eine Abtrennung der Rückbildungsjahre von den früheren Lebensabschnitten unter diesem Gesichtspunkte nicht wohl durchführen läßt.

Wir müssen daher zu dem Schlusse kommen, daß die Zunahme der Depressionszustände nicht durch die besonderen Verhältnisse der Rückbildungsjahre bedingt wird, wenn sie auch dadurch begünstigt zu werden scheint, sondern daß sie in einer gewissen Beziehung zu der Entwicklung der psychischen Persönlichkeit überhaupt steht. Wir erinnern uns hier an die Tatsache, daß auch die Selbstmordneigung des Menschen im Laufe seines Lebens eine fortschreitende Steigerung erfährt, und daß Kinder in weit höherem Maße die Fähigkeit besitzen, den Einfluß gemütlicher Schädigungen wieder auszugleichen, als reifere Menschen. Die Neigung, die Lebensreize und wohl auch krankhafte Störungen im Sinne depressiver Zustände zu verarbeiten, scheint demnach mit der Reifung und der schließlichen Erstarrung der psychischen Persönlichkeit zuzunehmen, sei es, daß mit dem allmählichen Verluste der schmiegsamen Anpassungsfähigkeit an die Lebensverhältnisse die inneren und äußeren Kämpfe härter werden, sei es, daß im reicher entwickelten Bewußtsein der Nachklang trüber Stimmungen sich weniger leicht verwischt, sei es endlch, daß mit den höheren Anforderungen des Daseinskampfes auch die Wunden tiefer werden, die er schlägt.

An dieser Stelle ist vielleicht die Erfahrung nicht ohne Bedeutung, die ich über die Gestaltung des manisch-depressiven Irreseins

bei den Eingeborenen Javas gemacht habe. Dort fanden sich eine ganze Reihe von Fällen, die ich glaubte, dieser Form zurechnen zu sollen; im Verhältnis waren es nicht weniger, als bei den gleichzeitig untersuchten europäischen Kranken. Dagegen wichen die klinischen Zustandsbilder insofern von unseren Beobachtungen ab, als es sich fast ausschließlich um Erregungen, öfters um Verworrenheit handelte. Ausgeprägte, länger dauernde Depressionszustände, wie sie bei uns die Wachabteilungen füllen, konnte ich überhaupt nicht auffinden; sie sind also jedenfalls selten. Dem entspricht das Fehlen von Versündigungsideen und von Selbstmordneigung. Diese Beobachtungen bestätigen die Auffassung, daß für die Gestaltung des klinischen Bildes, das unser Krankheitsvorgang hervorbringt, die Eigenart der betroffenen psychischen Persönlichkeit von großer Wichtigkeit ist. Man könnte daran denken, das Verhalten der javanischen Kranken mit demjenigen unserer jugendlichen Kranken in Vergleich zu bringen, eine seelisch unentwickelte Bevölkerung mit der unreifen europäischen Jugend. Ähnliche Betrachtungen konnten wir hinsichtlich der Zustandsbilder der Dementia praecox anstellen, und wir werden später bei der Besprechung der hysterischen Störungen wieder darauf zurückzukommen haben. Bemerkenswert ist auch der Umstand, daß die Häufigkeit des manisch-depressiven Irreseins bei verschiedenen Volksstämmen verschieden zu sein scheint. Reiss betont für Schwaben besonders das Vorkommen zahlreicher Depressionszustände.

Auch die Verteilung einer größeren Zahl von manisch-depressiven Einzelanfällen auf die verschiedenen Altersstufen wird uns Aufschlüsse über die Rolle geben können, die dem Lebensalter für die Gestaltung des Leidens zukommt. Ich gebe im folgenden die prozentische Verteilung von 1704 Anfällen auf Lebensjahrfünfte. Leider konnten dabei viele Fälle mit sehr zahlreichen Anfällen nicht berücksichtigt werden, weil die Feststellung ihres zeitlichen Auftretens im einzelnen unmöglich war.

	—10	—15	—20	—25	—30	—35	—40	—45	—50	—55
%	0,2	1,4	11,2	12,3	15,2	12,5	11,6	8,0	9,1	7,3

—60	—65	—70	—75	—80	—85 J.
5,0	3,8	1,8	0,3	0,1	0,2

Hier zeigt sich, daß die größte Häufigkeit der Anfälle überhaupt natürlich später fällt, als diejenige der ersten Anfälle, etwa um ein

Jahrzehnt. Ferner erkennt man, daß zwischen dem 45. und 50. Jahre auch hier ein Anwachsen der Fälle stattfindet. Da sie verhältnismäßig stärker ist, als die früher berichtete Zunahme der ersten Anfälle, dürfen wir schließen, daß auch die Wiederkehr von Krankheitsanfällen in der genannten Zeit erleichtert ist; sonst hätte sich der Unterschied wegen der erheblich vergrößerten Zahl der Beobachtungen eher verwischen müssen.

Über die Verteilung der einzelnen Anfälle nach ihrer Färbung auf die Lebensjahrzehnte gibt folgende Übersicht Aufschluß:

	—20 J.	—30 J.	—40 J.	—50 J.	—60 J.	über 60 J.
Manisch	38,8	32,3	33,2	30,6	18,2	15,9
Manisch-depressiv	20,1	19,8	14,4	13,1	17,2	15,9
Depressiv	41,1	47,9	52,4	56,3	64,6	68,2

Das gegensätzliche Verhalten der manischen und depressiven Anfälle ist ungemein deutlich. Die stärkste Abnahme der manischen und das stärkste Anwachsen der depressiven Anfälle findet zwischen dem 50. und 60. Jahre statt, etwas später, als bei den ersten Krankheitsanfällen; die zwischen dem 45. und 50. Jahre in großer Zahl auftretenden Depressionen haben also die Neigung, sich in der gleichen Form zu wiederholen. Die aus einer Folge oder einer Mischung von manischen und depressiven Krankheitserscheinungen sich zusammensetzenden Anfälle nehmen im allgemeinen ebenfalls mit dem Alter ab, doch scheinen sie nach dem 50. Jahre zum Teil an Stelle der unverhältnismäßig stark zurückgehenden manischen Anfälle zu treten. Leider wurden zusammengesetzte und gemischte Anfälle nicht auseinandergehalten; ich vermute, daß erstere in der Jugend, letztere im Alter überwiegen. Jedenfalls läßt sich mit Sicherheit sagen, daß im manisch-depressiven Irresein ein fortschreitender Ersatz der anfänglich nahezu gleich häufigen manischen Anfälle durch Depressionszustände stattfindet.

Auch die Gestaltung der klinischen Zustandsbilder im einzelnen scheint durch das Lebensalter beeinflußt zu werden, eine Frage, über die allerdings noch eingehendere Untersuchungen nötig sind. Während von den Depressionszuständen mit einfachem Versündigungswahn und unbestimmten Verfolgungsideen 37,6% das 30. Lebensjahr beim Beginn der Krankheit noch nicht überschritten hatten, blieben von den mit ausgeprägten, vielfach abenteuerlichen Wahnvorstellungen einhergehenden Fällen nur 35,3% unter der genann-

ten Grenze. Die Wahnbildung scheint also in den späteren Lebensjahren, ähnlich wie wir das bei der Dementia praecox gesehen haben, etwas lebhafter zu sein. Bei den zirkulär verlaufenden Formen kommen allerdings auch schon in der Jugend sehr reichhaltige Wahnvorstellungen zur Beobachtung. Die Fälle mit schweren Angstzuständen gehören ganz vorzugsweise den späteren Jahren an; nur 12,7% meiner Fälle standen unter dem 30. Jahre. Auch dieser Umstand hat mich früher in der Meinung bestärkt, daß der „klimakterischen Melancholie" eine Sonderstellung einzuräumen sei.

Von den manischen Formen scheinen die leichteren in früherem Alter einzusetzen; 66% derartiger Fälle begannen vor dem 30. Lebensjahre gegenüber 58,4% bei den schweren Erregungszuständen. Ferner begegnen uns im jugendlichen Alter namentlich die Fälle mit stärkerer Bewußtseinstrübung, Verworrenheit und Stuporzuständen; 67,6% derselben setzten vor dem 30. Lebensjahre ein. Es wäre nicht undenkbar, daß hier die Neigung jugendlicher Altersstufen zu hysterischen Störungen, insbesondere Dämmerzuständen, das klinische Bild beeinflußt. Die von Zwangsvorstellungen begleiteten Fälle hatten sämtlich vor dem 30. Jahre begonnen; ihnen dürfte eine besonders starke und eigenartige krankhafte Veranlagung zugrunde liegen.

Die Beteiligung der beiden Geschlechter am manisch-depressiven Irresein ist eine sehr verschiedene. Bei uns gehören etwa 70% der Kranken dem weiblichen Geschlechte mit seiner größeren gemütlichen Erregbarkeit an. Peixoto berichtet merkwürdigerweise, daß sich in Brasilien unter den Männern 6,2%, unter den Frauen 6,8% manisch-depressive Kranke finden. Im allgemeinen erkranken die Frauen etwas früher; von ihnen standen 49,7, von den Männern nur 45,5% bei Beginn des Leidens vor dem 30. Jahre. Die Beteiligung beider Geschlechter an den auf die einzelnen Altersstufen entfallenden Erkrankungen zeigt die Fig. 255. Der Anteil der Frauen ist am stärksten in der Jugend bis zu den Entwicklungsjahren, dann in der Zeit zwischen dem 25. und 30. Lebensjahre und endlich im Klimakterium. Die mit dem Geschlechtsleben zusammenhängenden Vorgänge, das Einsetzen der Menses, das nicht selten den ersten Anfall auslöst, Geburt und Wochenbett sowie die Rückbildung spielen hier ohne Zweifel eine Rolle. Im höheren Alter tritt der Anteil des männlichen Geschlechts stärker hervor; die durch das Leben erworbenen Schädi-

gungen, unter denen der Arteriosklerose eine gewisse Bedeutung zuzukommen scheint, mögen hier mitspielen. Wichtiger aber ist wohl für die Verschiebung des Verhältnisses die Abnahme der Erkrankungshäufigkeit bei den Frauen in den höheren Jahren.

Um hier klarer zu sehen, habe ich in Fig. 256 die Verteilung von 516 Anfällen bei Männern und 1188 Anfällen bei Frauen auf die einzelnen Jahrfünfte nach den ursprünglichen Zahlen durchgeführt. Die größte Häufigkeit der Anfälle zeigt bei den Frauen die Zeit zwischen dem 25. und 30. Jahre; bei den Männern, wo die Schwankungen weit geringer sind, fällt sie etwas später. Sehr bemerkenswert ist die Abnahme der Anfälle bei den Frauen vor und die Zunahme

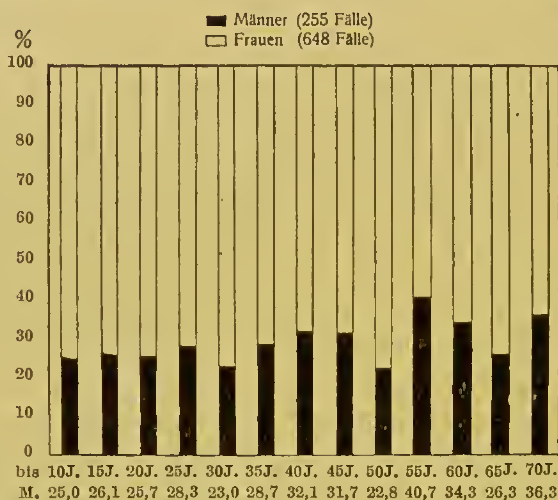


Fig. 255. Beteiligung der beiden Geschlechter am manisch-depressiven Irresein (erste Anfälle) auf den einelnen Altersstufen.

nach dem 45. Jahre; die Erklärung dürfte im Aufhören des Fortpflanzungsgeschäftes einerseits, im Einsetzen der Rückbildungsvorgänge andererseits liegen. Ein wesentlicher Teil des allgemeinen Sinkens der Anfallshäufigkeit ist natürlich in der Absterbeordnung begründet. Um so auffallender erscheint die Tatsache, daß sich auch beim männlichen Geschlechte nach dem 45. Jahre nicht nur eine verzögerte Abnahme, sondern sogar eine geringe Zunahme der Anfälle bemerkbar macht, ein Zeichen dafür, daß auch hier ein gewisser ungünstiger Einfluß des Rückbildungsalters stattfindet. Die spätere Verminderung der Anfälle vollzieht sich verhältnismäßig langsamer, als bei den Frauen, obgleich deren Langlebigkeit ihnen hier ein Übergewicht geben sollte.

Die Beteiligung der beiden Geschlechter an den klinischen Hauptformen läßt folgende Übersicht erkennen:

	—20 J.	—30 J.	—40 J.	—50 J.	—60 J.	—70 J.
A. Depressionszustände.						
Erste Anf. Männer	46,7	53,5	58,3	69,4	73,6	77,8
Anf. überh. Männer	39,7	48,7	43,5	56,8	55,3	51,2
Erste Anf. Frauen	20,0	39,8	54,7	62,9	72,7	81,0
Anf. überh. Frauen	41,6	47,6	56,6	57,6	69,9	78,8

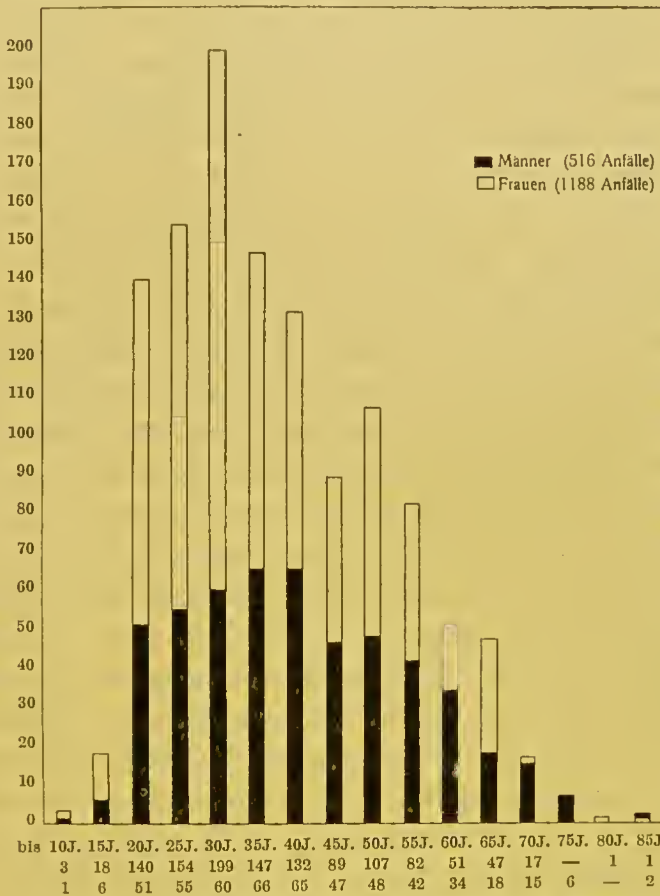


Fig. 256. Verteilung von 1704 Anfällen des manisch-depressiven Irreseins auf die einzelnen Altersstufen.

B. Zusammengesetzte und gemischte Zustände.						
Erste Anf. Männer	26,6	12,7	16,7	8,4	20,5	21,1
Anf. überh. Männer	24,1	14,8	16,0	7,4	18,4	14,7
Erste Anf. Frauen	51,5	42,2	33,6	23,7	23,7	19,0
Anf. überh. Frauen	18,6	21,5	13,7	14,3	16,6	16,6

	—20 J.	—30 J.	—40 J.	—50 J.	—60 J.	—70 J.
		C. Manische Zustände.				
Erste Anf. Männer	26,7	33,8	25,0	22,2	5,9	1,1
Anf. überh. Männer	36,2	36,5	40,5	35,8	26,3	34,1
Erste Anf. Frauen	28,5	18,0	12,7	13,4	3,6	—
Anf. überh. Frauen	39,8	30,9	29,7	28,1	13,5	4,6

Fassen wir zunächst nur die ersten Anfälle ins Auge, so erkennen wir, daß bei den Frauen in der Jugend die Depressionszustände verhältnismäßig erheblich seltener sind, als bei den Männern; an ihre Stelle treten vor allem zusammengesetzte Formen, die, abgesehen von den höchsten Lebensaltern, dauernd weit häufiger bleiben, als dort. Allerdings gleicht sich der Unterschied in der Häufigkeit depressiver Ersterkrankungen mehr und mehr aus, namentlich nach dem 50. Jahre; ähnliches gilt für die zusammengesetzten Formen. Manische Ersterkrankungen sind, außer in der ersten Jugend, bei Frauen dauernd viel seltener. Beim männlichen Geschlechte nimmt die Häufigkeit der Depressionszustände mit dem Alter stetig zu, ziemlich stark vor dem 50. Jahre, unter gleichzeitigem Zurücktreten der zusammengesetzten Formen. Manische Ersterkrankungen werden nach einer anfänglichen Zunahme fortschreitend seltener, um in höherem Alter fast ganz zu verschwinden; sie verbinden sich mehr und mehr mit depressiven Krankheitserscheinungen.

Die Gesamtzahl der Anfälle zeigt ein vielfach abweichendes Bild. Die Zunahme der Depressionszustände mit dem Alter ist hier wesentlich schwächer und unregelmäßiger, ein Zeichen dafür, daß diese in geringerem Grade die Neigung zu vielfacher Wiederholung besitzen, als die manischen und zusammengesetzten Formen. Umgekehrt ist die Abnahme der häufig wiederkehrenden, manischen Anfälle viel geringer, namentlich bei den Männern. Sie treten hier wegen ihrer großen Rückfallsneigung stärker in den Vordergrund, bei den Frauen hauptsächlich auf Kosten der zusammengesetzten, bei den Männern der depressiven Formen. Infolge dessen verwischt sich auch der Unterschied zwischen beiden Geschlechtern in der Häufigkeit der depressiven wie der zusammengesetzten Erkrankungen fast vollständig; der Anteil der manischen Anfälle bleibt jedoch bei den Frauen nach dem 20. Lebensjahre dauernd geringer. Sehr bemerkenswert ist noch der Umstand, daß der Anteil der Depressionen an den sämtlichen Anfällen bei den Männern dauernd geringer, bei

den Frauen dagegen zunächst größer ist, als an den erstmaligen. Das bedeutet, daß diese Zustände bei den Männern eine geringe, bei den Frauen wenigstens in den ersten Jahrzehnten eine große Neigung zu gleichartiger Wiederkehr aufweisen. Bei den zusammengesetzten Formen ist diese Neigung namentlich bei den Frauen offenbar nur schwach; an ihre Stelle treten späterhin vorzugsweise manische Anfälle. Als allgemeines Ergebnis dieser Betrachtungen läßt sich somit feststellen, daß Männer verhältnismäßig häufig an Depressionen mit geringer Neigung zur Wiederholung, dann aber auch an manischen, öfters wiederkehrenden Anfällen erkranken. Frauen dagegen beginnen am häufigsten mit zusammengesetzten Anfällen oder Manien; außerdem finden sich bei ihnen oft periodische Depressionen, die erst in späteren Jahren allmählich durch einfache abgelöst werden.

Hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen klinischen Formen ergibt die Untersuchung, daß bei Männern einfache Depressionszustände, bei Frauen dagegen solche mit abenteuerlichen Wahnbildungen oder mit Angst häufiger zu sein scheinen. Beim männlichen Geschlechte finden sich ferner häufiger rein manische Erkrankungen, während uns bei Frauen öfters zusammengesetzte Anfälle, sodann stuporöse und Verwirrtheitszustände begegnen.

Die Länge der Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Anfällen scheint durch das Geschlecht der Kranken nicht wesentlich beeinflußt zu werden; sie betrug nach meiner Zusammenstellung für die beiden Geschlechter nach dem ersten Anfalle 4,6 bzw. 4,3 Jahre, nach dem zweiten Anfalle 2,8 bzw. 2,0 Jahre, nach dem dritten und den folgenden Anfällen 1,2 bzw. 1,4 Jahre. Will man auf diese Unterschiede Wert legen, so ließe sich höchstens sagen, daß Frauen zunächst etwas rascher wieder zu erkranken pflegen, als Männer.

Die persönliche Eigenart ist, wie auch Reiss jüngst wieder gezeigt hat, ohne Zweifel mitbestimmend für die klinische Form der Krankheit, wenn sie nicht umgekehrt schon als Ausdruck des bestehenden Leidens angesehen werden muß. Während im Durchschnitte das Verhältnis der manischen, depressiven und zusammengesetzten Krankheitsformen bei den Kranken mit erkennbarer krankhafter Veranlagung ganz der sonstigen allgemeinen Häufigkeit jener Formen entsprach, zeigte sich im einzelnen das Verhalten, das die folgende Übersicht wiedergibt:

	Depressive	Manische	Zusammenges. Formen
Depressive Veranlagung	64,2	8,3	27,5%
Manische Veranlagung	35,6	23,3	41,1%
Reizbare Veranlagung	45,5	24,4	30,1%
Cyklothym. Veranlagung	35,3	11,7	53,0%

Man sieht, daß zunächst aus der depressiven Veranlagung vorzugsweise Depressionszustände hervorwachsen, während rein manische Erkrankungen selten sind. Da sie indessen mit den zusammengesetzten Formen immerhin noch ein Drittel der Fälle ausmachen, wird man den auf depressiver Grundlage entstehenden Verstimmungen doch kaum eine klinische Sonderstellung einräumen können. Umgekehrt sehen wir nämlich, daß bei manischer Veranlagung die depressiven Erkrankungen nur wenig über ein Drittel der Fälle betragen. Das Übergewicht der manischen Formen allein ist allerdings lange nicht so erheblich, wie dasjenige der depressiven bei der ersten Gruppe, doch haben wir darin wohl nur den Ausdruck des allgemeinen Überwiegens der Depressionszustände bei uns zu sehen, im Gegensatze zu dem oben erwähnten Verhalten der javanischen Kranken. Die reizbare Veranlagung liefert Krankheitsformen nahezu in der Durchschnittsverteilung, doch etwas mehr manische und etwas weniger zusammengesetzte Formen; sie dürfte demnach, wie die häufigste, so auch die allgemeinste sein und am wenigsten Einfluß auf die besondere Gestaltung des klinischen Bildes ausüben. Die cyklothymische Veranlagung endlich scheint, soweit die kleinen Zahlen ein Urteil gestatten, das Zustandekommen zusammengesetzter Formen zu begünstigen, was ohne weiteres einleuchtet.

Gegenüber der angeborenen Veranlagung spielen äußere Einflüsse in der Verursachung des manisch-depressiven Irreseins nur eine sehr untergeordnete Rolle. Alkoholismus kommt bei männlichen Kranken in etwa $^1/_4$ der Fälle vor, ist aber als Folge der in der Erregung begangenen Ausschweifungen, nicht als Ursache zu betrachten. Hier und da beobachtet man eine alkoholische Färbung der Krankheitsanfälle, die sich in sehr lebhaften Gehörstäuschungen, Anhören langer Zwiegespräche mit wenig schmeichelhaftem Inhalte, Vorspiegelungen mit dem Scheinwerfer, Tiervisionen, nächtlichen Angstzuständen mit starkem Schwitzen und Zittern kundgeben kann. Einige Male sah ich eine manische Erkrankung mit

einem ausgesprochenen Delirium tremens beginnen. Lues fand ich bei etwa 8% meiner männlichen Kranken; sie ist jedoch unter dem gleichen Gesichtspunkte zu beurteilen. Ziehen hat allerdings Fälle von periodischen oder zirkulären Psychosen beschrieben, die er auf erworbene oder vererbte Lues zurückführt. Nach meiner Auffassung kann es sich dabei nur um die ziemlich häufige Verbindung von manisch-depressiven Krankheitserscheinungen mit Lues oder um syphilitische Psychosen mit zirkulärer Verlaufsform, nicht aber um ein durch Lues erzeugtes zirkuläres Irresein handeln. Merkwürdigerweise scheinen manisch-depressive Kranke sehr selten an Paralyse zu erkranken, während Zeichen cerebrospinaler Lues bei ihnen nicht ganz selten sind.

Neuerdings ist von Pilcz und anderen hervorgehoben worden, daß sich das manisch-depressive Irresein öfters an gröbere Hirnerkrankungen anknüpfe. Pilcz berichtet über 7 Fälle von Apoplexien, an die sich das Leiden bisweilen unmittelbar anschließen soll, ferner über 10 Fälle mit greifbarem Hirnbefunde. Hoppe, der zweimal Piacysten fand, stellt sich vor, daß Hirnnarben gewissermaßen als reizende Fremdkörper wirken und so die psychische Störung zur Entwicklung bringen sollen. Auch Saiz und Taubert haben Fälle mit Hirnnarben beschrieben. Neisser sah eine zirkuläre Psychose nach einem Schlaganfalle mit Lähmung auftreten; ich selbst beobachtete eine Kranke, bei der nach jahrzehntelang periodisch wiederkehrenden Depressionszuständen im Anschlusse an einen Schlaganfall mit Lähmung eine zirkuläre Verlaufsform sich herausbildete. Trotz aller derartiger, vereinzelter Erfahrungen muß doch im Hinblicke auf die ungeheure Masse der ohne greifbare Ursache sich entwickelnden Erkrankungen an manisch-depressivem Irresein bezweifelt werden, daß es sich hier um ein mehr als zufälliges Zusammentreffen handelt. Höchstens könnte man in ähnlicher Weise, wie das von einer großen Anzahl anderer Einflüsse gilt, auch die Reizwirkungen von Hirnnarben als auslösende Anstöße für die einzelnen Anfälle betrachten. Oder man müßte annehmen, daß es eine besondere, vom manisch-depressiven Irresein verschiedene „periodische Hirnherdpsychose" gebe, entsprechend etwa der traumatischen Epilepsie. Für eine derartige Aufstellung sind jedoch bisher schwerlich schon genügende Grundlagen vorhanden.

Die Zahl der sonstigen Ursachen, die für das Auftreten von Krank-

heitsanfällen wie für die Entstehung des ganzen Leidens verantwortlich gemacht werden, ist eine außerordentlich große, ein sicheres Zeichen dafür, daß keine einzige von ihnen wirklich entscheidende Bedeutung besitzt. Zunächst wären Kopfverletzungen zu nennen, die ja gerade Hirnnarben in dem soeben angedeuteten Sinne zu erzeugen vermöchten. Mönkemöller fand in der Vorgeschichte von 56 Fällen periodischen Irreseins 13 mal Schädeltraumen. Auch unter meinen Beobachtungen ergaben sich eine Reihe derartiger Fälle. Allein einmal lagen die Kopfverletzungen fast immer viele Jahre und selbst Jahrzehnte vor dem Ausbruche der Krankheit, und dann fehlten sie fast ganz beim weiblichen Geschlechte mit seiner besonderen Neigung zum manisch-depressivem Irresein. Als wirkliche Ursache dieses Leidens können sie somit nicht in Betracht kommen.

Dasselbe gilt für die nicht selten die Entwicklung desselben einleitenden körperlichen Erkrankungen. Typhus, Erysipel, Pneumonie, Magen- und Ohrenleiden, Operationen, Pleuritis, Brechdurchfall, Influenza, Blutvergiftung, Hämoptoë wurden uns als Krankheitsursachen angegeben. Unter 28 derartigen Fällen waren jedoch 17 mal entweder schon vorher Anfälle ähnlicher Art dagewesen, oder sie folgten später ohne äußeren Anlaß. Weit häufiger schließt sich ein Anfall des manisch-depressiven Irreseins an eine Geburt an, oder er beginnt in der Schwangerschaft. Unter 38 Fällen ersterer Art traten 25 mal, unter 10 Fällen letzterer Art 5 mal auch vorher oder nachher von selbst gleichartige Erkrankungen auf. Eine Kranke litt nach zwei Geburten an Manie, aber außerdem noch häufig an manischen oder depressiven Anfällen; eine andere Frau erkrankte zunächst 3 mal im Anschlusse an Geburten, dann mehrfach von selbst; eine dritte wurde nach einer Geburt und ebenso nach dem Tode eines Kindes manisch, nach der Aufgabe ihres Geschäftes depressiv, hatte aber auch sonst noch mehrfach manische und depressive Anfälle.

Eine noch größere Rolle pflegt psychischen Einflüssen zugeschrieben zu werden. Namentlich stellen sich die Anfälle nicht selten nach Erkrankungen und Todesfällen naher Angehöriger ein. Unter 49 derartigen Beobachtungen wurden 24 mal Anfälle auch ohne Anlaß beobachtet. Eine Frau erkrankte dreimal an Depression, nachdem je ihr Mann, ihr Hund und ihre Taube gestorben waren. Eine andere Kranke wurde deprimiert nach dem Tode ihres Mannes,

manisch nach einer Entbindung und nach einer Zahnoperation, wieder eine andere deprimiert in der Schwangerschaft, manisch nach dem Tode des Mannes; sie erkrankte aber auch sonst noch an Anfällen verschiedenartiger Färbung. Dasselbe gilt für eine Kranke, die nach einem Schreck und nach dem Tode des Onkels deprimiert, nach demjenigen der Mutter manisch wurde, sowie für eine Frau, die nach einer Geburt und nach dem Tode eines Kindes an Manie, nach Aufgabe ihres Geschäftes an Depression erkrankte. Daß hier unberechenbare Zufälligkeiten mitspielen, lehrt eine häufig an manischen und depressiven Anfällen leidende Kranke, die nach einer Operation und nach dem Selbstmorde ihres Bräutigams deprimiert wurde, aber den Tod ihrer Mutter ohne Erkrankung überstand. Eine andere erkrankte zunächst nach einem von ihr selbst herbeigeführten Abortus und dann wieder nach einem Wochenbette, gebar aber dazwischen einmal ohne Störung.

Von sonstigen Ereignissen werden gelegentlich noch Streit mit den Nachbarn oder Angehörigen, schwebende oder drohende Prozesse, Schreck über einen Unglücksfall, Zerwürfnisse mit dem Geliebten, unglückliche Liebe, Aufregung über Untreue, Zahlungsschwierigkeiten, Verluste, Käufe, Verkäufe, Umzüge, anstrengende Krankenpflege angeführt; auch Verlobungen und der erste Geschlechtsverkehr geben bisweilen den Anstoß zur Erkrankung. Unter 45 Kranken, deren Anfälle auf solche Anlässe zurückgeführt wurden, befanden sich 27, die auch sonst noch ähnliche Anfälle hatten. Ein Mann erkrankte nach einem vorteilhaften Kaufe an Depression, hatte aber auch schon früher daran gelitten; in einem anderen Falle gelang es, den als Ursache einer Depression betrachteten Gutsverkauf wieder rückgängig zu machen, aber ohne jeden Einfluß auf die Krankheit; späterhin stellten sich dann weitere manische und depressive Anfälle ein.

Der sichere Schluß, der sich aus diesen und ähnlichen, überaus häufigen Erfahrungen ableiten läßt, geht dahin, daß wir in allen angeführten Schädlichkeiten wohl Anstöße zur Auslösung des einzelnen Krankheitsanfalles zu erblicken haben, daß aber die eigentliche Ursache des Leidens in *dauernden inneren Veränderungen* zu suchen ist, die mindestens sehr oft, vielleicht immer angeboren sind. Allerdings kann der einzelne Fall die Annahme enger ursächlicher Beziehungen zwischen äußerem Anlasse und Erkrankung sehr nahe

legen. So erkrankte ein Mann zuerst nach dem Tode seiner Geliebten, dann nach demjenigen seiner Frau an Depression; eine Frau wurde zweimal, je nach dem Tode eines Bruders, melancholisch. Bleiben solche Anfälle die einzigen im Leben, so erscheint nichts natürlicher, als in solchen Melancholien die bis ins Krankhafte gehende Steigerung des begründeten Seelenschmerzes zu sehen. Daß diese Deutung nicht zutrifft, beweisen schon die Fälle, in denen sich das Krankheitsbild durch Entwicklung abenteuerlicher Wahnvorstellungen oder durch manische Färbung völlig von demjenigen der auslösenden Gemütserschütterung entfernt. Ferner sind die Beobachtungen lehrreich, bei denen trotz Beseitigung der auslösenden Ursache der Krankheitsanfall seine selbständige Entwicklung nimmt. Endlich aber zeigt das Auftreten ganz gleichartiger Anfälle bei völlig andersartigem Anlasse oder ganz ohne äußeren Anstoß, daß auch dort, wo ein solcher eingewirkt hat, er nicht als notwendige Voraussetzung für das Auftreten des Anfalles angesehen werden darf.

Allerdings fehlen oft weitere, selbständige Anfälle, oder sie sind doch schwer festzustellen. Von zwei Frauen, die beide beim Tode ihres Mannes depressiv erkrankt waren, hatte die eine schon 37 Jahre früher eine Depression gehabt; die andere erkrankte 21 Jahre später in gleicher Weise ohne Anlaß. Überblickt man jedoch größere Beobachtungsreihen, so läßt sich unschwer zeigen, daß genau die gleichen klinischen Zustandsbilder das eine Mal im Anschlusse an Schädlichkeiten der oben erwähnten Art, das andere Mal ganz unabhängig davon zur Entwicklung gelangen, und daß zwischen diesen beiden Grenzfällen nicht nur bei verschiedenen Kranken, sondern auch in einem und demselben Falle alle nur denkbaren Übergänge nachweisbar sind. Leider muß uns auch die Machtlosigkeit unserer Heilbestrebungen nur allzu oft davon überzeugen, daß die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins in erstaunlichem Grade von äußeren Einwirkungen unabhängig sein können.

Über das Wesen des manisch-depressiven Irreseins sind wir noch gänzlich im unklaren. Sowohl die häufige Wiederkehr der Anfälle wie der eigentümliche Wechsel zwischen Erregung und Hemmung sind durchaus rätselhafte Tatsachen. Wir können vorerst nur darauf verweisen, daß in unserem Nervengewebe die Neigung zu periodischem Ablaufe der Hemmungs- und Erregungsvorgänge auf den verschiedensten Gebieten wiederkehrt. Meynert hat die

Erklärung für den Wechsel gegensätzlicher Zustände in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht. Infolge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefäßzentrums soll sich ein verstärkter Spannungszustand im gesamten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanämie als Ursache der depressiven Verstimmung entwickeln. Gerade die so entstandene mangelhafte Ernährung des vasomotorischen Zentrums soll dann weiterhin eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefäße und Hyperämie des Gehirns herbeiführen, als deren Ausdruck die Entwicklung der manischen Erregung betrachtet wird. Zweifellos ist es, daß Veränderungen im Verhalten der Pulsbilder den beiden Abschnitten des Anfalles entsprechen; im übrigen jedoch rechnet die vorgetragene Anschauung mit völlig unbekannten Größen. Sie würde auch schwer mit der Tatsache jahre- und selbst jahrzehntelanger Dauer der einzelnen Anfälle vereinbar sein und versagt zudem durchaus vor der Tatsache der Mischzustände.

Die sehr beträchtlichen Schwankungen des Körpergewichtes könnten auch hier an allgemeinere Umwälzungen im Bereiche der Stoffwechselvorgänge denken lassen, doch reichen unsere Kenntnisse durchaus nicht zur Aufstellung brauchbarer Gesichtspunkte aus. Lange[1]) hat als die Grundlage periodischer Depressionszustände mit psychischer Hemmung, die zweifellos in das Gebiet des hier beschriebenen Leidens fallen, eine gichtische Entstehungsweise angenommen, eine Ansicht, die jedoch bis jetzt weder als erwiesen noch auch als wahrscheinlich betrachtet werden kann. Stegmann fand bei der „periodischen Neurasthenie", die wohl zweifellos dem manisch-depressiven Irresein angehört, Verminderung der Harnsäureausscheidung in den Zeiten der Verstimmung. Pardo, der umfangreiche Untersuchungen über die „Koprologie" der Krankheit durchgeführt hat, ist geneigt, als ihre wesentliche Grundlage die Vergiftung des Körpers durch die Stoffwechselerzeugnisse von Darmbakterien anzusehen. Er beobachtete während der Anfälle eine Veränderung und Bereicherung der Darmflora, namentlich das Auftreten eines bestimmten Coccobazillus. Auch meint er, daß die Anfälle häufig durch Diätfehler ausgelöst und durch Diarrhöen beendet werden; beides dürfte in irgend nennenswertem Umfange schwerlich zutreffen. Die wäh-

[1]) Lange, Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese, deutsch von Kurella. 1896.

rend des Anfalles einsetzende Verstopfung soll eine Schutzmaßregel des Körpers sein, der durch Verdauung die schädlichen Bakterien vernichtet.

Parhon und Marbe denken an eine Unzulänglichkeit der Schilddrüsentätigkeit, Muratow an eine besondere Bedeutung der Nebennieren für die Entstehung der Krankheit. Offenbar spiegelt sich in allen diesen unbewiesenen und unbeweisbaren Ansichten nur der Einfluß gewisser Tagesmeinungen wider. Auch Stransky versucht eine Erklärung des manisch-depressiven Irreseins unter dem Gesichtspunkte der Stoffwechselstörungen. Einerseits weist er auf die unzweifelhafte, nahe Verwandtschaft dieses Leidens mit anderen Formen des Entartungsirreseins hin und betont die stammesgeschichtlich alten Beziehungen zwischen Gemütsleben und Periodizität. Weiterhin stützt er sich auf die Beziehungen zwischen Basedowscher Krankheit und manisch-depressiven Krankheitserscheinungen und vermutet Selbstvergiftung durch Drüsenerzeugnisse, die besonders das Gefäßsystem beeinflussen, vielleicht Störungen im Jodstoffwechsel. Unsere Kranken sollen durch ihre besondere Veranlagung überempfindlich gegen jene Gifte oder außerstande sein, sie in ausreichendem Maße unwirksam zu machen.

Die merkwürdigen, oft so plötzlich bei ihnen einsetzenden Zustandsänderungen und die an manche Vergiftungen (Alkohol, Ermüdungsgifte) erinnernde Gestaltung der klinischen Bilder, endlich das Auftreten ganz ähnlicher Zustände bei der Paralyse legen ja gewiß den Gedanken an innere Gifte nahe; auf der anderen Seite stehen aber dieser Auffassung doch auch wieder große Schwierigkeiten im Wege. Die Regelmäßigkeit, mit der sich in manchen Fällen der Wechsel der Zustände einen großen Teil des Lebens hindurch vollzieht, die fast unbegrenzt lange Fortdauer der krankhaften Zustände ohne nachhaltige Schädigung der psychischen Persönlichkeit, die vielfach deutliche, auslösende Wirkung von Gemütsbewegungen, endlich auch die von Stransky selbst betonte, klinische und erbliche nahe Verwandtschaft des Leidens mit anderen Formen des Entartungsirreseins würden sich besser einer Erklärung der Krankheitsvorgänge einfügen, die das Hauptgewicht auf ein abnormes Verhalten des Nervengewebes selbst legt. Erwähnenswert ist vielleicht auch der Umstand, daß beim manisch-depressiven Irresein die besondere Gestaltung der Zustandsbilder in höherem Grade von der

Eigenart der psychischen Persönlichkeit abhängig zu sein scheint, als wir das bei reinen Giftwirkungen zu beobachten pflegen.

Anknüpfend an Morel und Doutrebente haben Anglade und Jaquin die Beziehungen zwischen manisch-depressivem Irresein und Epilepsie zum Ausgangspunkte ihrer Betrachtungsweise gewählt. Sie betonen, daß die Neuroglia bei beiden Krankheiten ein infantiles Aussehen darbiete, das auf ererbte abnorme Eigenschaften derselben schließen lasse und vielleicht geeignet sei, eine ,,pathologische Anatomie der Prädisposition" darzustellen. Es handle sich bei beiden Krankheiten um eine Beeinträchtigung des Gleichgewichtszustandes zwischen Neuroglia und Nervengewebe, derart, daß schon geringfügige Ursachen erhebliche Störungen hervorrufen können, sei es im Sinne der Epilepsie, sei es im Sinne der ,,folie". Mir scheint die Zusammenfassung der beiden, nach den verschiedensten Richtungen weit auseinanderweichenden Krankheiten ebensowenig ein Fortschritt zu sein, wie ihre Zurückführung auf einen Kampf zwischen den beiden, angeblich ,,wie feindliche Schwestern" einander gegenüberstehenden Geweben.

Ebenfalls an die pathologische Anatomie knüpft die Vorstellung an, die sich Thalbitzer von dem Wesen des manisch-depressiven Irreseins gebildet hat. Als die Grundlage des Leidens betrachtet er die Erkrankung vasomotorischer Bahnen für die Versorgung des Gehirns, deren Verlauf er in die von Helweg im Halsmark beschriebene Dreikantenbahn verlegt. Besondere Feinheit der Fasern, die ein deutlicheres Hervortreten der Bahn bewirkt, soll als Entwicklungshemmung den Boden für die Entstehung vasomotorischer Störungen und damit des manisch-depressiven Irreseins vorbereiten. —

Die Krankheitsform des manisch-depressiven Irreseins, wie sie hier umgrenzt und geschildert worden ist, setzt sich aus einer großen Zahl von klinischen Bestandteilen zusammen, die sonst vielfach eine andere Deutung zu erfahren pflegen. Den Ausgangspunkt des Krankheitsbegriffes bildet die hauptsächlich von den französischen Irrenärzten geschaffene Lehre von den periodischen oder, wie Magnan sie nannte, intermittierenden Geistesstörungen. Die Aufmerksamkeit jener Forscher richtete sich dabei auf eine der auffallendsten Eigenschaften unserer Krankheitsgruppe, auf ihre Neigung zu mehrfacher Wiederholung im Leben. Dabei konnte es ihnen nicht entgehen, daß sich die Wiederkehr der Anfälle bald in

gleicher, bald in wechselnder Form vollzog. Diese Erfahrung führte zunächst zur Abtrennung der periodischen Manie und Melancholie; sodann wurden, wie schon erwähnt, die zusammengesetzten Formen nach ihren wechselnden Verlaufsarten noch in eine Reihe von Spielarten zerlegt, bis man sie später unter der ursprünglich nur für den fortlaufenden Wechsel von Manie und Depression geltenden Bezeichnung des zirkulären Irreseins zusammenfaßte.

Die weitere Erfahrung, wie sie die einzelnen Verlaufsarten des zirkulären Irreseins nicht als besondere Krankheiten bestehen lassen konnte, hat gelehrt, daß auch die Abtrennung der einfach periodischen Formen von den zusammengesetzten sich nicht durchführen läßt. Wie früher ausführlich erörtert, gehören zunächst die rein manischen Anfälle ohne jede Verbindung mit depressiven Krankheitszeichen als Einleitung, Abschluß, Einschiebsel oder Beimischung zu den Seltenheiten, und wo uns der eine oder andere derartige Anfall begegnet, sehen wir doch, wie in unseren Fällen 7, 8, 9 und 10, wenigstens zu anderer Zeit depressive Krankheitsabschnitte zur Ausbildung gelangen. Die klinischen Bilder des manischen Anfalles selbst aber gleichen einander vollkommen, mögen sie nun einer sogenannten periodischen Manie oder einer zirkulären Verlaufsform angehören. Es gibt keinen Irrenarzt, und kann nach meiner Überzeugung keinen geben, der imstande wäre, aus dem Zustandsbilde allein zu erkennen, ob ein gegebener manischer Anfall der einen oder der anderen Gruppe von Erkrankungsformen angehört. Wenn auch die manischen Anfälle voneinander noch so stark abweichen mögen, so sagen uns doch diese Unterschiede durchaus gar nichts darüber, ob wir es mit einer periodischen Manie oder mit einem zirkulären Irresein zu tun haben.

Erheblich schwieriger liegt die Frage hinsichtlich der periodischen Melancholie. Sind wir überzeugt, daß wir es in der periodischen Manie gewissermaßen mit einer Form des zirkulären Irreseins zu tun haben, bei der sämtliche Anfälle in manische umgewandelt sind, so liegt natürlich der Gedanke nahe, daß auch hierher gehörige Erkrankungen vorkommen, in denen die depressiven Anfälle allein das Feld behaupten. Diese Anschauung gewinnt dadurch neue Stützen, daß sich in Verbindung mit den Depressionszuständen nicht nur überaus häufig leichtere Andeutungen manischer Krankheitszeichen nachweisen lassen, vorübergehende gehobene Stimmung,

Größenideen, Lachen, Singen, Tanzen, Glücksgefühl in der Genesungszeit, sondern daß sich auch zwischen den reinen periodischen Depressionen und den zirkulären Formen alle nur denkbaren Übergänge auffinden lassen. Endlich ist noch auf die Mischzustände hinzuweisen, für deren Eigenart und Mannigfaltigkeit wir nur dann ein ungefähres Verständnis gewinnen, wenn wir alle die gegensätzlichen manischen und depressiven Krankheitszeichen als Äquivalente ansehen, die sich gegenseitig ersetzen können und tatsächlich außerordentlich häufig füreinander eintreten.

Trotz aller dieser gewichtigen Gründe stand doch der Versuchung, ohne weiteres das ganze Gebiet der periodischen Melancholie mit dem zirkulären Irresein zu vereinigen, die außerordentliche Häufigkeit der Fälle entgegen, die in mehreren oder vielen Krankheitsabschnitten von rein depressiver Form ohne eine Spur von manischen Zügen verlaufen. Sie ist jedenfalls unvergleichlich viel größer, als diejenige der reinen periodischen Manien. Namentlich im höheren Alter beobachten wir zahlreiche derartige Kranke mit einigen wenigen, sich in gleichartiger Form wiederholenden, depressiven Anfällen, wie etwa unser Fall 3. Dazu kommt aber, daß die klinische Gestaltung der Depressionszustände überhaupt weit weniger kennzeichnend für eine bestimmte Krankheit ist, als das manische Zustandsbild. Während hier im wesentlichen nur die Abgrenzung von paralytischen (syphilitischen) oder katatonischen Erregungen, vielleicht auch einmal von einer expansiven Paraphrenie, in Frage kommt, die meist rasch durchführbar ist, kann ein Depressionszustand außerdem auch psychogenen oder arteriosklerotischen Ursprungs sein, und er kann ferner die Einleitung zu einer der uns noch so wenig bekannten ängstlichen oder paranoiden Psychosen der Rückbildungsjahre darstellen. Wenn wir auch Anhaltspunkte für die Annahme haben, daß die Zusammensetzung des klinischen Bildes in allen diesen Fällen gewisse Unterschiede zeigen wird, ist es doch für uns bisher oft kaum möglich, aus dem psychischen Krankheitszustande allein eine sichere Entscheidung zu treffen.

Allerdings tritt in unserem Falle als Hilfsmerkmal die Wiederkehr der Anfälle hinzu. Es war jedoch von vornherein nicht abzusehen, ob nicht auch anderen Formen diese Eigentümlichkeit zukomme. Auf der einen Seite konnten die als einfache Steigerung einer krankhaften, depressiven Veranlagung auftretenden Fälle die-

selbe Neigung haben, ohne darum dem zirkulären Irresein nahezustehen, auf der anderen die in wenigen Anfällen verlaufenden, auch wohl nur ein einziges Mal auftretenden, depressiven Erkrankungen der Rückbildungsjahre. Nach ersterer Richtung hat die weitere Forschung gezeigt, daß aus der depressiven Veranlagung zwar am häufigsten Depressionszustände hervorwachsen, daß aber daneben auch periodische Manien und zusammengesetzte Erkrankungen vorkommen; es liegt also kein genügender Grund vor, jene ersteren Formen gesondert abzugrenzen. Für die Auffassung der letzteren Formen aber sind Beobachtungen, wie unsere Fälle 16 und 17, lehrreich, in denen sich zeigt, daß sich auch hier, unter Umständen nach mehrfacher Wiederholung oder vieljähriger Dauer der Depression, noch manische Krankheitsabschnitte entwickeln können. Weiterhin aber hat sich, wie früher dargelegt, herausgestellt, daß die vorwiegend depressive Färbung der Zustandsbilder in den Rückbildungsjahren nur das letzte Glied einer allgemeinen Wandlung des Krankheitsbildes mit fortschreitendem Lebensalter bedeutet, die schon weit früher beginnt und keinesfalls eine grundsätzliche Abtrennung der depressiven Formen der Rückbildungsjahre gestattet. Wir werden somit durch alle diese Überlegungen zu dem Schlusse gedrängt, daß auch die periodische Melancholie keine selbständige Krankheit, sondern eine Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins bildet. Ihre Eigentümlichkeit besteht nur darin, daß sie sich, freilich mit etwas verschiedener klinischer Bedeutung, besonders gern auf dem Boden der depressiven Veranlagung und ferner in höherem Lebensalter entwickelt.

Da man die Periodizität als ein durchaus wesentliches Krankheitsmerkmal betrachtete, wurden die periodischen Psychosen von vornherein denjenigen gegenübergestellt, die nur einmal im Leben auftreten. Man ging dabei von solchen Beobachtungen aus, in denen tatsächlich längere Zeit hindurch eine annähernd regelmäßige Wiederkehr gleichartiger Krankheitsanfälle stattfand. Gerade derartige Beispiele veranlaßten dann zur Aufstellung von Unterarten, die lediglich durch die verschiedenartigen Beziehungen zwischen den Anfällen und den freien Zwischenzeiten gekennzeichnet waren. Die Durchmusterung umfangreicher Beobachtungsreihen lehrt nun aber sehr bald, wie schon die kleine Auswahl unserer Beispiele erkennen läßt, daß eine auch nur annähernde Regelmäßigkeit des Verlaufes

unter den im Leben sich wiederholenden Erkrankungen eine verhältnismäßig seltene Ausnahme bildet. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle haben wir es vielmehr mit einer ganz unberechenbaren Folge bald häufiger, bald seltener, bald einförmiger, bald wechselnder oder zusammengesetzter Anfälle zu tun, zwischen die sich Pausen von außerordentlich stark schwankender Dauer einschieben. Die Hauptmasse dieser Fälle mußte man natürlich aus dem Gebiete der eigentlichen periodischen Psychosen ausschließen. Man nahm an, daß es sich hier um „Recidive" oder um einzelne, voneinander ganz unabhängige Erkrankungen an Manie oder Melancholie handle. Das galt natürlich vor allem für die Fälle mit sehr wenigen oder gar nur einem einzigen Anfalle im Leben. Allerdings hat die Erfahrung überall gezeigt, daß die Zahl solcher Fälle bei genauerer Prüfung merkwürdig stark einschrumpft, und wenigstens die einfache Manie eine immer seltenere Krankheit wird[1]); ohne Zweifel gibt es aber Beobachtungen genug, in denen nur ein einziger Anfall manischer Erkrankung im ganzen Leben nachgewiesen werden kann.

Es muß indessen betont werden, daß diese Tatsache, um deren Festlegung sich eine Reihe von Forschern bemüht haben, für die Entscheidung der Frage nach den Beziehungen zwischen einfachen und periodischen Formen der Manie oder Melancholie von sehr geringer Bedeutung ist. Worauf es ankommt, ist offenbar die Feststellung, ob die Wiederkehr der Anfälle bei jenen klinischen Formen ein wesentliches oder ein mehr nebensächliches Krankheitszeichen darstellt. Im ersteren Falle werden wir die „periodischen" Formen den „einfachen" als besondere Krankheitsgruppe gegenüberzustellen haben, im letzteren nicht.

Zu dieser Frage ist zunächt zu bemerken, daß sich irgendeine Grenze zwischen den streng periodischen und den unregelmäßiger verlaufenden Formen schlechterdings nicht ziehen läßt. Von besonderer Bedeutung für diese Frage ist die Tatsache, daß eine einigermaßen befriedigende Periodizität in zahlreichen Fällen nur für eine gewisse Zeit des Verlaufes besteht, daß sie sich erst im Laufe des Leidens herausbildet oder auch wieder verschwindet. Damit ist

---

[1]) von Erp Taalman Kip, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 119; Hinrichsen, ebenda, 86; Mayser, Archiv f. Psychiatrie, XXXI, 500; Parant, Annales médico-psychol., 1910, 68, 395.

dargetan, daß es sich hier nicht um eine grundsätzliche und unverbrüchliche Eigentümlichkeit des Krankheitsvorganges handelt, sondern um ein durchaus schwankendes Merkmal; die Fälle mit sehr regelmäßigem Verlaufe unterscheiden sich von den übrigen nicht grundsätzlich. Zudem sehen wir eine ähnliche, mehr oder weniger unvollkommene Periodizität auch bei einer Reihe von anderen Krankheiten sich herausbilden, in erster Linie bei der Epilepsie, dann auch bei der Hysterie und in gewissen Formen der Dementia praecox, namentlich in deren Endzuständen. Auch daraus schließen wir, daß die periodische Wiederkehr von Krankheitsanfällen nicht das maßgebende Kennzeichen eines bestimmten Krankheitsvorganges sein kann.

Was die Zugehörigkeit zu einer Krankheit entscheidet, ist vielmehr die widerspruchslose Einordnung der klinischen Einzelheiten in den Rahmen der bekannten Formen. Niemand aber wird leugnen wollen, daß zwischen den einzelnen Anfällen der streng periodischen und der nur „rezidivierenden", manischen oder melancholischen Erkrankungen die allervollkommenste Übereinstimmung besteht. Alle Versuche, hier irgendwelche brauchbaren Unterscheidungsmerkmale aufzufinden, sind gänzlich fehlgeschlagen. Wir werden daher die Grenze zwischen streng periodischen und unregelmäßig wiederkehrenden Formen fallen lassen und alle zu einer Einheit zusammenfassen dürfen.

Ganz ähnliche Erwägungen aber gelten für die Zahl der Anfälle bei dem einzelnen Kranken. Wir kennen Beobachtungen, in denen viele Dutzende von Anfällen in unabsehbarer Reihe zu verzeichnen sind. Sodann gibt es Kranke mit 6, 8, 10 Anfällen im Leben, die in größeren Pausen aufeinanderfolgen. Wird hier die Zugehörigkeit zum periodischen Irresein zugestanden, so wird man sie auch nicht ablehnen können, wenn etwa alle 15—20 Jahre von der Entwicklungszeit an ein Anfall eintritt, also im ganzen 3—4 während des Lebens. Wer aber will behaupten, daß hier die Grenze des „periodischen" Irreseins endgültig erreicht wäre? Es gibt, wie wir gesehen haben, Fälle, in denen zwischen den Anfällen 20, 30, ja über 40 Jahre liegen; natürlich schrumpft hier die Zahl der überhaupt möglichen Erkrankungen auf höchstens 2—3 zusammen, namentlich wenn das Leiden erst in vorgeschritteneren Jahren einsetzte.

Wie man sieht, könnte man selbst den Fällen mit nur einmaliger Erkrankung durch die Annahme sehr langfristiger Pausen die Zugehörigkeit zu einem streng „periodischen Irresein" zugestehen. Da wir es jedoch bei der hier besprochenen Krankheitsform überhaupt nicht mit einer wirklichen Periodizität, sondern nur mit einer bald stärker, bald schwächer ausgesprochenen Neigung zur Wiederkehr der gleichen Störungen zu tun haben, so bedürfen wir derartiger Künsteleien gar nicht. Worauf es uns vielmehr einzig und allein ankommt, das ist, wie immer wieder betont werden muß, die grundsätzliche und vollkommene Übereinstimmung des allgemeinen klinischen Krankheitsbildes. Wir sind gänzlich außerstande, einem manischen oder melancholischen Anfalle anzusehen, ob er der einzige im Leben bleiben, sich mehrfach oder sogar sehr häufig wiederholen wird; nur die weitere Verfolgung des Falles, die allerdings unter Umständen 30 und mehr Jahre fortgesetzt werden müßte, kann uns darüber Klarheit verschaffen. Höchstens können Nebenumstände, Bestehen einer depressiven oder manischen Veranlagung, Auftreten in sehr jugendlichem Alter, Vorkommen häufiger Anfälle bei Eltern oder Geschwistern, die allgemeine Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr noch besonders stützen; auch die Zusammensetzung aus manischen und depressiven Abschnitten würde in dieser Richtung zu verwerten sein. Darüber hinaus aber fehlen uns alle Anhaltspunkte. Auch die nachträgliche Prüfung der nur einmal und der wiederholt aufgetretenen Anfälle deckt uns keinerlei Merkmale auf, die eine Abtrennung gestatteten. Das sind die Gründe, die mich veranlaßt haben, außer den zirkulären Erkrankungen nicht nur die periodischen und rezidivierenden, sondern auch die einfachen Formen der Manie und Melancholie zu der Einheit des manisch-depressiven Irreseins zusammenzufassen.

Eine Schwierigkeit stand dieser Auffassung in der eigentümlichen klinischen Gestaltung der Depressionszustände des höheren Lebensalters entgegen. Abgesehen von der oben schon gewürdigten Tatsache, daß hier überhaupt eine ganz auffallende Neigung zu depressiven Erkrankungen hervortrat, die den Verdacht auf besondersartige Krankheitsvorgänge erwecken mußte, fehlte diesen Formen auch noch sehr häufig die sonst für die Depressionen so kennzeichnende Willenshemmung, öfters auch die Denkhemmung. An ihre

Stelle trat die ängstliche Erregung, meist mit reichlicher Wahnbildung. Außerdem gestaltete sich der Verlauf sehr schleppend, so daß vielfach nach einer längeren Reihe von Jahren noch keine Genesung stattgefunden hatte, vielmehr der Ausgang in einen geistigen Schwächezustand eingetreten zu sein schien. Eine Anzahl von Kranken wurde auch unzweifelhaft blödsinnig.

Unter diesen Umständen hatte ich zunächst geglaubt, die derart gestalteten depressiven Erkrankungen der Rückbildungsjahre als besondere klinische Form, als „Melancholie"[1]) im engeren Sinne, vom manisch-depressiven Irresein abtrennen zu sollen, da hier hinsichtlich der Zusammensetzung des Zustandsbildes, des Verlaufes und Ausganges, in gewissem Sinne auch hinsichtlich der Entstehungsgeschichte wesentliche Abweichungen zu bestehen schienen. Dabei verhehlte ich mir nicht, daß bei einer ganzen Reihe von Depressionszuständen der Rückbildungsjahre sowohl wegen ihrer klinischen Form wie wegen ihrer früheren oder späteren Verbindung mit manischen Krankheitserscheinungen die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein nicht bezweifelt werden konnte. Ich war daher bemüht, brauchbare Unterscheidungsmerkmale aufzufinden, allerdings ohne befriedigenden Erfolg.

Die weitere Erfahrung hat dann gelehrt, wie bei der Besprechung der präsenilen Psychosen bereits erörtert wurde, daß die für die Abtrennung der Melancholie sprechenden Gründe nicht stichhaltig waren. Die Verblödungen ließen sich durch das Hinzutreten seniler oder arteriosklerotischer Erkrankungen erklären; andere Fälle waren nach sehr langer Krankheitsdauer, zum Teil unter Auftreten manischer Zeichen, doch noch genesen. Die Häufigkeit der Depressionen im höheren Alter haben wir als Ausdruck einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit kennen gelernt, welche die Wandlung der Anfallsfärbung im Laufe des Lebens beherrscht. Der Ersatz der Willenshemmung endlich durch die ängstliche Erregung hat sich als ein Verhalten herausgestellt, dem wir mit zunehmendem Alter auch in denjenigen Fällen begegnen, die Jahrzehnte vorher in der gewöhnlichen Form erkrankt waren, wie unsere Beispiele 1 und 2 dartun. Hübner hat ebenfalls die Erfahrung gemacht, daß melancholische Anfälle einmal mit, das andere Mal ohne Hemmung verlaufen können. Es liegt somit kein ge-

[1]) Hoche, Die Melancholiefrage. 1910; Volpi-Ghirardini, Rivista di freniatria sperim. XXXVI, 161.

nügender Anlaß mehr vor, die bis dahin als Melancholie bezeichneten Depressionszustände der höheren Lebensalter aus dem manisch-depressiven Irresein auszuscheiden.

Einen weiteren, nicht unbeträchtlichen Zuwachs zu dieser Krankheitsform lieferten die Mischzustände, die bis dahin je nach ihrer Färbung unter den verschiedensten Bezeichnungen, als Erschöpfungsstupor, als akute Demenz, Amentia usf. untergebracht worden waren. Hier scheint auf den ersten Blick der oben aufgestellte Grundsatz zu versagen, daß die Gestaltung des gesamten klinischen Krankheitsbildes für die Zuordnung zu einer Krankheit maßgebend sein müsse, da die Mischzustände vielfach sehr auffällig aus dem Rahmen der gewohnten Zustandsbilder herausfallen. Als Führer dienten hier die in den Zeiten des Überganges zwischen Manie und Melancholie beobachteten Wandlungen in der Zusammensetzung der klinischen Erscheinungsformen. Sie lehrten uns, daß unsere übliche Gruppierung in manische und melancholische Anfälle den Tatsachen nicht gerecht wird, sondern wesentlicher Erweiterungen bedarf, wenn sie die Natur wiedergeben soll. Zugleich stellte sich heraus, daß diese Erweiterung nicht auf die Einfügung neuer, sondern nur auf die verschiedenartige Verbindung der längst bekannten Krankheitszeichen hinauslief. Weiterhin zeigte es sich, daß sich die Mischzustände, auch wo sie nicht als Einschiebsel, sondern als selbständige Krankheitsanfälle auftraten, hinsichtlich des Verlaufes und Ausganges ganz ähnlich verhielten wie die gewöhnlichen Anfallsformen, endlich, daß sie im gleichen Krankheitsverlaufe einfach an die Stelle der anderen Anfälle treten konnten, namentlich nach längerer Krankheitsdauer. Mit allen diesen Feststellungen erscheint der Beweis ihrer Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein gesichert.

Noch nach einigen anderen Seiten hin sind Krankheitsformen in den Bereich des manisch-depressiven Irreseins einbezogen worden. Von Specht und Nitsche ist mit Recht darauf hingewiesen worden, daß eine Anzahl von Querulanten, die man der Paranoia zuzurechnen pflegte, in Wirklichkeit nichts, als Menschen mit manischer Veranlagung seien. Specht hat sogar den gewiß zu weit gehenden Versuch gemacht, die gesamte Paranoia in der von ihm umgrenzten „chronischen Manie“ aufgehen zu lassen, die sich im wesentlichen mit der hier beschriebenen manischen Veranlagung deckt. Anderer-

seits haben Hecker und Wilmanns betont, daß ein erheblicher Teil der als Psychopathen, Neurastheniker, Hysteriker bezeichneten Kranken an cyklothymischen Stimmungsschwankungen leidet und somit ebenfalls dem Gebiete des manisch-depressiven Irreseins angehört. Ganz besonders gilt das natürlich von der „periodischen Neurasthenie". Dreyfus hat dann im Anschlusse an Wilmanns namentlich das Bild der nervösen Dyspepsie wesentlich der cyklothymischen Verstimmung zugerechnet; Kahn hat von einem „circularisme viscéral" gesprochen, der durch Wechsel von Durchfall und Verstopfung gekennzeichnet sein soll. Endlich glaube ich in Übereinstimmung mit Bleuler die in einzelnen, günstig ausgehenden Anfällen verlaufende „periodische Paranoia" unbedenklich dem manisch-depressiven Irresein einreihen zu dürfen, da sie regelmäßig mit deutlichen Stimmungsschwankungen, vielfach auch mit vorübergehenden Erregungen, Verwirrtheits- oder Stuporzuständen einhergeht und sich in keinem wesentlichen Punkte von Zustandsbildern abgrenzen läßt, denen wir auch sonst hier und da im Verlaufe unzweifelhaft manisch-depressiver Psychosen begegnen.

Es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß durch alle diese Neuerwerbungen der Umfang des manisch-depressiven Irreseins in sehr erheblichem Grade angewachsen ist. Das ist natürlich an sich kein Grund, an seiner Einheitlichkeit zu zweifeln, so wenig wie etwa die Häufigkeit und Vielgestaltigkeit der Tuberkulose oder der Syphilis uns Bedenken an der Zusammengehörigkeit der klinischen Bilder erwecken kann. Ich sehe auch vorläufig keine Möglichkeit, irgendwo in diesem weiten Gebiete grundsätzliche Abtrennungen vorzunehmen. Dagegen kann es wohl gelingen, einzelne Untergruppen in ihren klinischen Besonderheiten noch etwas genauer zu kennzeichnen. Einen Versuch dazu hat Reiss mit den auf dem Boden ausgesprochener manisch-depressiver Veranlagung erwachsenden Formen gemacht, während Hecker, Hoche, Wilmanns, Römheld das wichtige Krankheitsbild der Cyklothymie eingehend geschildert haben, zu dem wohl auch im wesentlichen die von Friedmann[1]) beschriebene „neurasthenische Melancholie" zu rechnen ist. Dreyfus hat uns einen, freilich noch unvollständigen, Einblick in die Eigenart der in höherem Alter sich entwickelnden Formen gegeben; Specht und Nitsche haben das Verhalten der ma-

[1]) Friedmann, Monatsschr. f. Psychiatrie XV, 301.

nischen Dauerzustände klargelegt. Obgleich allen diesen Gestaltungen der gleiche Krankheitsvorgang zugrunde liegt, sind sie doch in ihrer Entstehungsgeschichte, ihrem klinischen Verhalten, in Verlauf und Prognose so verschieden, daß man wohl eher von einer aus gemeinsamer Wurzel erwachsenden Krankheitsgruppe mit fließenden Übergängen zwischen den einzelnen Formen, als von einer einheitlichen Krankheit im gewöhnlichen Sinne des Wortes sprechen könnte.

Neuerdings hat Mugdan[1]) den Versuch gemacht, von den zirkulären Erkrankungen die „alternierenden" als besondere klinische Einheit abzutrennen. Bei ihnen, die nicht ganz ein Drittel der Fälle von „manisch-depressivem Irresein" ausmachen, begegnen uns nur rein manische oder depressive Zustandsbilder, bei den zirkulären Fällen eine Verbindung beider. Jene ersteren sollen ferner durch die größere Häufigkeit von Sinnestäuschungen und Wahnideen, durch seltenere Anfälle und durch günstigere Heilungsaussichten von diesen letzteren unterschieden sein. Daß die Fälle mit enger Verbindung und namentlich Mischung manischer und depressiver Krankheitserscheinungen im allgemeinen als schwerere anzusehen sind, kann ich aus meiner Erfahrung bestätigen; ich halte es aber angesichts der zahllosen Übergangsformen nicht für möglich, hier irgendeine Grenze zu ziehen.

Der außerordentlichen Erweiterung unseres Krankheitsbegriffes stehen auf der andern Seite auch namhafte Einschränkungen gegenüber. Zunächst ist daran zu erinnern, daß nur ein Teil der früher als „Manie" und „Melancholie" bezeichneten Fälle im manisch-depressiven Irresein aufgegangen ist. Eine erhebliche Zahl von Beobachtungen, die sonst mit unter jenen Benennungen zusammengefaßt wurden, sind der Dementia praecox, manche auch dem infektiösen Irresein und anderen kleineren Krankheitsgruppen zugefallen. Aber auch von den periodischen Erkrankungen sind gewisse Formen abgespalten worden. Abgesehen von der zirkulären Paralyse, die wir heute mit Sicherheit abzugrenzen verstehen, ist an die Dipsomanie zu erinnern, die früher oft zur periodischen Melancholie gerechnet wurde, heute aber in verschiedenen anderen Gruppen eingereiht wird. Ferner haben wir uns überzeugt, daß auch die Dementia praecox periodisch verlaufende Fälle aufzuweisen hat, die

[1]) Mugdan, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie I, 242.

nach ihrem ganzen sonstigen Verhalten vom manisch-depressiven Irresein losgelöst werden müssen.

Ein umstrittenes Gebiet bilden noch die sogenannten Wahnsinnsformen. Soviel ich heute urteilen kann, glaube ich nicht, daß der Krankheitsbegriff des Wahnsinns ein einheitlicher ist. Den depressiven Wahnsinn möchte ich unbedenklich zum manisch-depressiven Irresein rechnen; allerdings kommen, wie ich früher schon angedeutet habe, äußerlich ganz ähnliche Bilder auch bei gewissen Erkrankungen des Rückbildungsalters vor, die einen sehr ungünstigen Verlauf nehmen und offenbar der Ausdruck ausgebreiteter Zerstörungsvorgänge in der Hirnrinde sind. Die klinischen Bilder erinnern jedoch mehr an katatonische Erkrankungsformen. Der „manische Wahnsinn", der von Thalbitzer verteidigt wird, dürfte ebenfalls verschiedenartige Bestandteile umfassen, einmal vielleicht schleppend verlaufende manische Erkrankungen mit ausgeprägten Wahnbildungen, sodann aber Fälle aus der früher hier beschriebenen expansiven Paraphrenie mit ungünstigem Ausgange. Klarheit über diese Fragen kann uns erst die weitere Durchforschung dieses Gebietes bringen, namentlich auch von anatomischer Seite.

Die Erkennung[1]) des manisch-depressiven Irreseins ist leicht in denjenigen Fällen, in denen bereits eine Reihe von wechselnden oder gleichartigen Anfällen voraufgegangen ist. Immerhin ist zu beachten, daß auch in der Paralyse und in der Dementia praecox ein ähnlicher Wechsel zwischen Erregung und trauriger Verstimmung oder Stupor vorkommen kann wie hier. Die Unterscheidung hat in solchen Fällen die besonderen klinischen Zeichen der Anfälle selbst zu berücksichtigen, die wir früher eingehend besprochen haben.

Die leichteren und leichtesten Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins gehen ganz unmerklich in die von uns früher geschilderten Formen der krankhaften Veranlagung über. Bei den cyklothymischen Formen können die Zeiten grundloser Verstimmung oder ungestümer Ausgelassenheit lange Zeit für einfache Launen gehalten und mit allerlei Zufälligkeiten in Verbindung gebracht werden. Derartige Kranke, die vielleicht niemals in die Hände des Irrenarztes kommen, werden, wie Hecker sehr zutreffend betont hat, von den behandelnden Ärzten vielfach lediglich nach ihren Ver-

---

[1]) Bornstein, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. V, 145; Thomsen, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1907, 631.

stimmungszuständen beurteilt und als Hypochonder oder Neurastheniker aufgefaßt, da sie in den zugehörigen manischen Zeiten für gesund gelten. Sie haben jedoch in der Depression, die sie zum Arzte treibt, recht häufig selbst ein deutliches Gefühl für die Krankhaftigkeit der Erregung, die sie bisweilen sehr fürchten. Es gelingt daher meist leicht, den Wechsel der Zustände, die Wiederkehr der einzelnen Abschnitte und damit die Natur des vorliegenden Leidens aufzudecken. Die einfache, ohne Anlaß hereinbrechende Entschlußunfähigkeit ist so eigenartig, daß sie oft ohne weiteres den richtigen Schlüssel für die Deutung des Zustandes liefert. Solche Fälle sind ungemein häufig und finden sich überall in den Sanatorien, wo sie die verschiedensten Kuren durchmachen. Trifft dann die Kur gerade mit dem Umschlage der Stimmung zusammen, so erzielt sie einen glänzenden Erfolg, der nun ihr zugeschrieben wird, aber leider ausbleibt, wenn der Kranke das nächste Mal schon im Beginne des Anfalles von ihr Heilung erhofft. Auch hier kann übrigens die Umgebung jederzeit einmal durch einen schweren Anfall überrascht werden, wenn auch meistens das Leben in einem Wechsel zwischen allerlei tollen Streichen und der vermeintlichen Reue darüber, zwischen fieberhafter Unternehmungslust und den anscheinenden Nachwehen der Überarbeitung hinzufließen pflegt.

Wesentlich schwieriger sind oft die manischen oder depressiven Dauerzustände zu beurteilen. Kranke der ersteren Art, die vielfach mit ihrer Umgebung und mit der öffentlichen Ordnung in Widerstreit zu geraten pflegen, werden meist für Schwindler, Lumpen, öfters auch für moralisch irrsinnig gehalten. Abgesehen von den Schwankungen des Zustandes, denen sich auch einmal ein kurzer Umschlag in depressive Stimmung zugesellen kann, ist auch das klinische Bild geeignet, zu einer richtigeren Auffassung zu führen, die dauernd zuversichtliche, selbstgerechte, oft joviale Stimmung, die lebhafte gemütliche Erregbarkeit, die Planlosigkeit, Unstetigkeit und Vielgeschäftigkeit, die Unzugänglichkeit für Ermahnungen, Maßregelungen, unliebsame Erfahrungen, die Neigung zu scherzhaften Entgleisungen, das Fehlen verbrecherischer Absichten. Gerade diese Zustände, aber auch sehr schleppend verlaufende hypomanische Anfälle, zeigen nicht selten das Bild von Querulanten. Ob der Querulantenwahn, wie Specht gemeint hat, allgemein als eine Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins aufzufassen

ist, soll späterhin erörtert werden. Hier möchte ich nur bemerken, daß sich die manische Willenserregung, anders als beim wahnbildenden Querulanten, regelmäßig in der gesamten Lebensführung, nicht nur in den strittigen rechtlichen Beziehungen, geltend zu machen pflegt. Zudem zeigt der manische Querulant in der Regel eine mehr belustigte, übermütige Stimmung mit Neigung zu humoristischen Streichen, im Gegensatz zu der maßlosen Erbitterung und Gehässigkeit des Querulantenwahns. Endlich machen sich bei ihm vielfach Schwankungen des Zustandes geltend, die unter Umständen einen unvermittelten, reuevollen Verzicht auf den bis dahin mit Leidenschaft geführten Kampf bedingen können.

Der depressive Dauerzustand ist vielleicht weniger eindeutig als eine Ausdrucksform manisch-depressiver Veranlagung anzusehen. Dort jedoch, wo deutliche Schwankungen in der Stärke der Verstimmungen, anfallsartige Verschlechterungen oder gar ein gelegentlicher Umschlag in unbegründete Lustigkeit beobachtet wird, dürfte diese Zugehörigkeit nicht zweifelhaft sein. Besondere Vorsicht der Beurteilung ist hinsichtlich der Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen geboten, die nur ausnahmsweise, bei ausgesprochen anfallsweisem Auftreten, dem manisch-depressiven Irresein angehören. Zu beachten bleibt dabei die dauernde Gemütslage, die bei der depressiven Verstimmung trübe und hoffnungslos ist, bei der Zwangsneurose dagegen in engster Beziehung zum Auftreten der Zwangserscheinungen steht. Die Kranken können hier, wenn sie abgelenkt sind, namentlich auch im Verkehr mit dem Arzte, ganz gleichmütiger und selbst heiterer Stimmung sein, während der seelische Druck, der die depressive Veranlagung begleitet, der augenblicklichen äußeren Beeinflussung weit weniger oder gar nicht zugänglich zu sein pflegt.

Die Zugehörigkeit eines einzelnen Zustandbildes zum manisch-depressiven Irresein ohne Übersicht über den Gesamtverlauf zu erkennen, ist nicht immer leicht. Die Hauptschwierigkeiten entstehen im allgemeinen gegenüber der Paralyse und der Dementia praecox. Ist nach ersterer Richtung heute unsere Sicherheit durch die cytologische und serologische Untersuchung eine recht große geworden, so kann die Unterscheidung zwischen den Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox, so einfach sie sich in der großen Mehrzahl der Fälle gestaltet, unter Umständen

recht schwer sein. Die hier in Betracht kommenden Gesichtspunkte sind früher eingehend erörtert worden. Hier soll nur nachgetragen werden, daß für die Entscheidung zwischen den beiden Krankheiten auch die Beachtung ihrer Entstehungsgeschichte von Wert sein kann. Da das manisch-depressive Irresein im allgemeinen etwas früher beginnt, wird bei einer Erkrankung vor dem 20. Lebensjahre die Wahrscheinlichkeit nach dieser Richtung etwas größer sein. Ferner werden Erkrankungen im späteren Alter weit eher den Verdacht eines manisch-depressiven Irreseins erwecken. Eine ausgesprochen manische oder cyklothymische Veranlagung führt schwerlich zu einer Dementia praecox; auch das Vorkommen von Manie oder Melancholie bei Eltern oder Geschwistern wird nach dieser Richtung deuten, freilich durchaus nicht sicher. Schwieriger ist die Frage bei depressiv oder reizbar veranlagten Personen zu entscheiden. Es scheint, daß wir hier mehrere, äußerlich ähnliche Formen auseinanderhalten müssen. Weichheit, Empfindsamkeit, Niedergeschlagenheit, Mangel an Selbstvertrauen finden wir mehr in der Vorgeschichte des manisch-depressiven Irreseins, scheues, schrulliges, ablehnendes Wesen in derjenigen der Dementia praecox. Ferner entsprechen ersterem die leicht entzündbaren, schwärmerischen, leidenschaftlichen, letzterer die unberechenbaren, störrischen, rohen und gewalttätigen Naturen.

Am wenigsten Anlaß zu Fehldiagnosen geben im allgemeinen die manischen Zustände. Abgesehen von den paralytischen und katatonischen Erregungszuständen, kommt wesentlich nur die Verwechslung mit Hirnlues in Betracht, bei der, wenn auch nicht gerade häufig, Zustandsbilder beobachtet werden, die mit manischen sehr große Ähnlichkeit zeigen. Die Schwierigkeiten können bis zur Unmöglichkeit sicherer Entscheidung vermehrt werden, wenn nicht nur die zufällige Verbindung einer Manie mit Lues, sondern auch noch das eine oder andere Krankheitszeichen besteht, das auf eine Beteiligung des Nervengewebes an der syphilitischen Erkrankung hinweist, reflektorische Pupillenstarre, Verschiedenheit der Reflexe, tabische Erscheinungen. Solche Fälle sind nicht ganz selten. Zeigen sich Störungen der Sprache und Schrift, Anfälle mit Bewußtlosigkeit oder gar Krämpfen, so wird man an eine syphilitische Grundlage des ganzen Krankheitsbildes denken müssen, ebenso, wenn sich bei verhältnismäßig geringer Erregung und erhaltener

Besonnenheit grobe Gedächtnisstörungen, Urteilsschwäche und gemütliche Stumpfheit bemerkbar machen. Stellt sich jedoch heraus, daß die ersterwähnten körperlichen Zeichen schon seit Jahren unverändert bestehen, und ist der Kranke bei erhöhter Ablenkbarkeit gewandt, schlagfertig, witzig, seine Stimmung übermütig, sein Reden und Handeln flott und gewandt, so wird die Wahrscheinlichkeit einer Manie mit Lues näher rücken. Sie wird zur fast unbedingten Gewißheit, wenn schon früher ähnliche oder depressive Anfälle dagewesen sind. Unter Umständen kann auch die Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung die Sachlage klären; ein rascher, augenscheinlicher Erfolg würde für Hirnlues sprechen, sein Ausbleiben freilich nicht dagegen.

Die Erkennung der Depressionszustände kann, abgesehen von den schon früher besprochenen Unterscheidungen, namentlich dann Schwierigkeiten bieten, wenn die Möglichkeit einer Arteriosklerose in Betracht zu ziehen ist. Sie kann einmal eine Begleiterscheinung des manisch-depressiven Irreseins bilden, andererseits aber auch selbst Depressionszustände erzeugen. Namentlich die körperlichen Zeichen der Arteriosklerose, Blutdruckerhöhung, Schlängelung und Starrheit zugänglicher Gefäße, Schwindelanfälle, Lähmungserscheinungen, aphasische Störungen, werden die Aufmerksamkeit auf diese Möglichkeit richten. Sind schon Depressionen oder Manien voraufgegangen, so wird man die ursächliche Bedeutung der Gefäßerkrankung für die psychische Störung ablehnen; im anderen Falle jedoch kann die Entscheidung recht schwierig sein. Man ist lediglich auf die Bewertung der psychischen Krankheitserscheinungen angewiesen. Starke Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit ohne deutliche Denkhemmung, ferner Dürftigkeit und Einförmigkeit der Wahnvorstellungen, Gedankenarmut, gemütliche Verödung bei krampfhaftem Weinen oder Lachen, Willensschwäche und Bestimmbarkeit werden für eine arteriosklerotische Grundlage der Depression sprechen.

Die mit stärkerer Bewußtseinstrübung und lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden Anfälle des manisch-depressiven Irreseins werden noch vielfach als Amentia aufgefaßt. Die Gesichtspunkte, die mir für die Abgrenzung von Bedeutung zu sein scheinen, haben bei der Besprechung der Amentia Berücksichtigung gefunden. Schmid[1]) hat die Schicksale einer größeren Zahl von Kranken

[1]) Schmid, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. VI, 125.

verfolgt, die das Bild einer akuten Verwirrtheit dargeboten hatten, als Dementia praecox aufgefaßt worden, aber vollständig und dauernd genesen waren. Er kommt zu dem gewiß richtigen Schlusse, daß gerade Verwirrtheitszustände, auch wenn sie allerlei „katatonische" Krankheitszeichen aufweisen, weit öfter, als man anzunehmen pflegt, Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins darstellen. Manche derartige Kranke können, namentlich bei raschem Ablaufe des Anfalls, an hysterische Dämmerzustände erinnern, ja ich habe den Eindruck, daß hier und da wirklich starke hysterische Beimischungen in Betracht kommen. Im übrigen fehlt jedoch den rein hysterischen Erregungszuständen die Ideenflucht, die lustige, übermütige Färbung der Stimmung, die große Ablenkbarkeit und die kecke Unternehmungslust. Die Erregung schließt sich vorzugsweise an bestimmte Anlässe an und tritt in Form umgrenzter Gefühlsausbrüche auf; sie entladet sich mehr in einzelnen zielbewußten Handlungen, gegenüber dem dauernden, allgemeinen manischen Betätigungsdrange. Zudem schwindet die hysterische Aufregung jeweils nach kurzer Dauer rasch und vollständig, während auch die leichtesten Formen des manischen Anfalles ungleich länger andauern und erst allmählich zur Gleichgewichtslage zurückkehren.

Sehr schwer kann es unter Umständen werden, einen Anfall des manisch-depressiven Irreseins von einem psychogen bedingten Depressionszustande zu unterscheiden. Mir sind mehrfach Kranke zugeführt worden, deren tiefe Niedergeschlagenheit, Wortkargheit und ängstliche Spannung zur Annahme einer zirkulären Depression verführte, während sich nachträglich herausstellte, daß es sich um Verstimmungen handelte, die durch schwere Verfehlungen und drohende Gerichtsverhandlungen begründet waren. Da die leichteren Depressionen des manisch-depressiven Irreseins, soviel wir zu übersehen vermögen, völlig den begründeten Verstimmungen des gesunden Lebens ähneln können, mit dem wesentlichen Unterschiede, daß sie ohne Anlaß entstehen, so wird man in Fällen der angeführten Art ohne Kenntnis der Vorgeschichte bisweilen nicht ohne weiteres zu einer richtigen Deutung kommen. Höchstens kann auffallen, daß die betreffenden Personen bei den Besuchen des Arztes wesentlich unfreier und befangener sind, als in der Zwischenzeit.

Aber auch dann, wenn man den Anlaß kennt, ist Vorsicht in der Beurteilung nötig, da ja auch echte zirkuläre Depressionszustände

durch gemütliche Erregungen ausgelöst werden können. Wichtig ist hier der Umstand, daß im letzteren Falle der Verlauf des Anfalles von der auslösenden Ursache unabhängig ist. Die Kranken werden durch die weitere Entwicklung der Dinge verhältnismäßig wenig berührt, insbesondere auch nicht durch eine günstige Wendung entlastet; sie bringen Wahnvorstellungen vor, die mit dem Ausgangspunkte der Erkrankung in gar keiner Beziehung mehr stehen. Bei der psychogenen Depression dagegen zeigt sich, daß jede Erörterung des wunden Punktes, jede Nachricht über die Angelegenheit lebhafte gemütliche Stürme hervorruft, weiter, daß jede Entscheidung in der Ungewißheit, und sei sie selbst eine ungünstige, eine beruhigende Wirkung auszuüben pflegt. Unterstützt werden kann die Beurteilung durch das Auftreten von anderen psychogenen Erscheinungen, Zittern, Gangstörungen, Ohnmachten, Lach- und Weinkrämpfen, die freilich auch beim manisch-depressiven Irresein vorkommen können, aber doch nicht so enge Beziehungen zu den auslösenden Vorstellungskreisen aufweisen.

Nicht ganz selten werden manische, bisweilen auch gehemmte Kranke für schwachsinnig gehalten, selbst wenn sonst ihre Krankheit richtig erkannt wurde. Besonders gilt das von der gedankenarmen Manie, die leicht als „Imbezillität mit Erregung" aufgefaßt wird. Wie schon erwähnt, ist ein derartiges Urteil ungemein trügerisch, solange noch irgendwie deutliche Zeichen der Manie oder Depression vorhanden sind. Ich kannte eine Kranke, die monatelang nur blöde vor sich hinlachte, höchstens hie und da ihrer Nachbarin einen Stoß versetzte, und von mir als schwachsinnig angesehen wurde, nach ihrer Genesung aber ungewöhnlich klug, gebildet und feinfühlig erschien. Ein anderer Kranker machte länger als ein Jahr infolge seiner Verständnislosigkeit und gänzlichen Unfähigkeit, ein Wort hervorzubringen, den Eindruck eines völlig verblödeten Menschen, bis er allmählich auftaute und sich als lebhaft und lustig, allerdings nur mäßig begabt erwies. Noch ein anderer Kranker war viele Monate hindurch fast völlig stumm und lag anscheinend ohne Anteilnahme für die Umgebung mit unbeweglichem Gesichtsausdrucke im Bett; er befolgte aber Aufforderungen, schoß auf Wunsch mit vergnügtem Gesichte Purzelbäume und exerzierte nach Kommando; er wurde später gesund. Sobald es gelingt, in Andeutungen von Ideenflucht oder Beeinflußbarkeit, in der belustig-

ten Stimmung oder in gelegentlichen scherzhaften Handlungen die Anzeichen einer manischen Erkrankung aufzufinden, wird man die Wahrscheinlichkeit einer heilbaren Denkhemmung ins Auge fassen müssen. Auch das Fehlen katatonischer Krankheitszeichen wird natürlich sehr ins Gewicht fallen. —

Eine ursächliche Behandlung des manisch-depressiven, tief in der Persönlichkeit wurzelnden Irreseins gibt es nicht. Binswanger hat allerdings in einem Falle, in dem ihm das Herannahen eines Anfalles durch Stickstoffretention angekündigt zu werden schien, dessen Ausbleiben durch Verminderung der Stickstoffzufuhr erreicht, doch ist diese Erfahrung bisher vereinzelt geblieben. Daß eine sehr gleichmäßige Lebensweise in geschützten Verhältnissen, namentlich auch unter Vermeidung von Alkohol, bei gefährdeten Menschen eine gewisse vorbeugende Wirkung haben kann, darf im Hinblicke auf den vielfach zweifellosen Einfluß äußerer Schädigungen als wahrscheinlich angesehen werden. Auch in dem ruhigen Anstaltsleben sieht man oft die Anfälle verhältnismäßig milde verlaufen.

Wie weit es möglich ist, den einzelnen drohenden Anfall im Entstehen zu unterdrücken, wissen wir noch nicht. Kohn hat derartige Versuche namentlich für die Formen mit kurzen, rasch aufeinanderfolgenden Anfällen angestellt, bei denen man den Eintritt einer neuen Verschlechterung etwas genauer vorhersehen kann. Er empfahl namentlich sehr große Gaben von Bromsalzen. Man gibt 12—15 g täglich, womöglich schon einige Tage vor dem erwarteten Ausbruche des Anfalls beginnend, dessen erste Anzeichen man recht genau beachten soll. Es gelingt in der Tat bisweilen, das Auftreten der Erregung zu verhindern. Nachdem die besonders gefährlichen Tage vorübergegangen sind, geht man ganz allmählich mit der Gabe des Mittels herunter, um bei der Annäherung an den nächsten zu erwartenden Anfall von neuem zu der angeführten großen Gabe anzusteigen usf. Hitzig hat an der Hand einiger Fälle die Anwendung von Atropineinspritzungen empfohlen; die Erfolge scheinen jedoch einstweilen ziemlich unsichere zu sein.

Das Auftreten von Krankheitsanfällen in der Schwangerschaft oder im Wochenbett hat hier und da zu dem Versuche geführt, durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt den Anfall abzukürzen oder seinen Ausbruch zu verhindern. Die Beobachtungen, die ich in

dieser Hinsicht machen konnte, waren nicht ermutigend. Die Krankheit kommt und verläuft wie sonst auch. Ebensowenig pflegt die normale Geburt den Krankheitszustand günstig zu beeinflussen; vielmehr sieht man manchmal eine Verschlechterung. Höchstens könnte daher bei gefährdeten Frauen an Maßregeln zur Verhütung der Schwangerschaft gedacht werden, doch sind diese einmal an sich auch in psychiatrischer Beziehung nicht ganz unbedenklich; andererseits sehen wir oft genug, daß ganz regellos bei derselben Frau im Verlauf des Fortpflanzungsgeschäftes einmal ein Anfall des manisch-depressiven Irreseins auftritt, ein anderes Mal nicht. Irgendwelche Anhaltspunkte für die Größe der Gefährdung bei dem gegebenen Anlasse besitzen wir daher durchaus nicht.

Die Behandlung der manischen Erregung wird vor allem möglichst die äußeren Reize abzuhalten haben. Dieser Anzeige dient die Versetzung in die Anstalt, von der man in ganz leichten Formen absehen darf, sobald die Freiheitsbeschränkung schlecht ertragen wird und das Leiden nicht zu schweren Schädigungen und Unzuträglichkeiten führt. Da wir ferner wissen, daß die Erregung sich durch die Tätigkeit immer mehr steigert, werden wir den Beschäftigungsdrang nach Möglichkeit beschränken und alle unruhigen Kranken im Bette halten, was namentlich bei körperlicher Schwäche und Blutleere dringend anzuraten ist.

Bei sehr starker Erregung empfiehlt sich statt dessen das Dauerbad, das hier geradezu als das spezifische Behandlungsmittel bezeichnet werden darf. Seine wohltätige und beruhigende Wirkung ist ungemein überraschend. Alle die sonst so gefürchteten Übelstände, die Isolierung, das Schmieren, Zerstören, die Gewalttätigkeit lassen sich durch diese Maßregel ganz oder doch nahezu ganz vermeiden. Alle anderen Schlaf- und Beruhigungsmittel werden ziemlich entbehrlich, wenn man die Bäder auch nachts fortsetzen kann; andernfalls wird man hie und da zu Paraldehyd, Trional, Veronal, Luminal oder dgl. greifen müssen. Bei Herzschwäche sind unter Umständen vorsichtige Gaben von Coffein oder Digitalis angezeigt. Nach Abnahme der Erregung läßt sich die Badebehandlung recht gut mit zeitweiligem Aufenthalte im Freien verbinden. Alle Verletzungen und Furunkel müssen von vornherein mit größter Sorgfalt behandelt werden, da sie, namentlich bei fettreichen und sehr unruhigen Kranken mit schwachem Herzen,

zu schweren Infektionen Anlaß geben und damit rasch sehr ernste Gefahren herbeiführen können.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Ernährung der Kranken, die vielfach unter ihrer Unruhe Not leidet. Reichliche, leicht verdauliche Nahrung soll häufig gereicht, nach Umständen mit großer Geduld eingegeben werden. In schwereren Fällen empfehlen sich tägliche Wägungen, um genau den Stand des Körpergewichtes beurteilen und im Notfalle rechtzeitig mit der Sondenernährung eingreifen zu können.

Die psychische Behandlung des Tobsüchtigen hat natürlich auf seine Reizbarkeit Rücksicht zu nehmen. Ruhige Freundlichkeit, im geeigneten Augenblicke mehr scherzhaftes Eingehen auf seine heitere Stimmung, vorsichtiges, geduldiges Lavieren erleichtern den Verkehr ungemein und machen oft den in ungeschickten Händen gefährlichen und widerspenstigen Kranken lenksam und gutmütig. Beim Eintritt der Beruhigung wird auf die Vermeidung äußerer Anreizungen und Verführungen besonders Bedacht genommen werden müssen. Nicht unerhebliche Schwierigkeiten können bei Festsetzung des Entlassungszeitpunktes entstehen, da die Kranken oft sehr ungeduldig sind und auf alle Weise hinausdrängen. Selbst ganz beruhigte Kranke können aber in der Freiheit, besonders unter dem Einflusse des Alkohols, sofort wieder erregt werden und die gefährlichsten Streiche begehen. Den sichersten Anhalt für die Beurteilung des Zustandes gibt auch hier das Körpergewicht.

In den Depressionszuständen pflegt man Bromsalze, gelegentliche Schlafmittel, ferner abendliche Bäder mit kühlen Überrieselungen in Anwendung zu ziehen; bei lebhafterer Angst gibt man Opium mit oder ohne Verbindung mit Brom. Man steigt mit dem Opium rasch von dreimal täglich 10 bis zu 30 oder 40 Tropfen der Tinktur; von höheren Gaben habe ich keinen Nutzen mehr gesehen; unter Umständen scheinen sie erregend zu wirken. Nach eingetretener Beruhigung geht man langsam wieder herunter, um nach Bedarf von neuem rasch zu steigen. Dazu kommt die Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, ferner Bettruhe mit regelmäßigem Aufenthalte im Freien.

Da die Kranken durch diejenigen Personen und Dinge, die sie am nächsten berühren, durch ihre Angehörigen, ihr Heim, ihre Berufstätigkeit, am meisten erregt zu werden pflegen, so wird es sich in der Regel empfehlen, sie aus ihrer gewohnten Umgebung zu ent-

fernen. Kranke, bei denen irgendwie die Gefahr des Selbstmordes besteht, dürfen unter keinen Umständen in der Familie oder in einem offenen Kurhause behandelt werden, sondern gehören unbedingt in die geschlossene Anstalt mit ständiger Wache bei Tag und bei Nacht; das Schlafen eines Pflegers im gleichen oder gar im Nebenraum genügt in einigermaßen bedenklichen Fällen unter keinen Umständen.

Die Nahrungsaufnahme macht oft große Schwierigkeiten, weil sich die Kranken wegen Mangel an Eßlust oder infolge von Wahnvorstellungen lebhaft sträuben; sie halten sich des Essens nicht für wert, glauben, nicht bezahlen zu können, vermuten Gift oder ekelerregende Dinge in den Speisen. Freundliches Zureden, geduldiges Abwarten des richtigen Augenblickes, sorgfältige Auswahl der Speisen führt jedoch meist zum Ziele; unter Umständen geben besonnene Kranke auch ihren Widerstand auf, wenn sie sich überzeugt haben, daß ihnen sonst die Sonderernährung bevorsteht.

Die psychische Behandlung wird sich wesentlich auf die Fernhaltung gemütlicher Reize zu beschränken haben. Lange Gespräche, Briefe, geschäftliche Auseinandersetzungen sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Bei den an eine Verlobung sich anknüpfenden Fällen ist zunächst die persönliche wie schriftliche Verbindung mit dem anderen Teile aufzuheben, die endgültige Entscheidung über die Zukunft aber, wenn irgend möglich, bis zur Genesung zu verschieben.

Auch Besuche der Angehörigen können sehr erregend wirken; ich habe mich aber davon überzeugt, daß ihr ungünstiger Einfluß meist überschätzt wird, sofern es sich um verständige Menschen und nur kurzes Beisammensein handelt. Lange Absperrung der Kranken von den Ihrigen, wie sie früher vielfach für notwendig gehalten wurde, wirkt oft recht ungünstig. Besonderer tröstender Zuspruch ist auf der Höhe der Verstimmung meist ziemlich wirkungslos; späterhin, wenn die Stimmung sich aufhellt, erscheint sein Nutzen gewiß oft größer, als er in Wirklichkeit ist. Immerhin ist das Bewußtsein, sich dem Arzte gegenüber aussprechen und namentlich in seine Hände alle täglichen kleinen Entscheidungen legen zu können, für manche Kranke sehr beruhigend; auch die stets wiederholte Versicherung, daß alle Selbstquälereien krankhaft seien und volle Genesung eintreten werde, wird in dem Andrang von Be-

fürchtungen und Zweifeln oft als Trost empfunden. In leichten Fällen kann gegen die unangenehmen Empfindungen, die Schlaflosigkeit und Niedergeschlagenheit hypnotische Beeinflussung gewisse Dienste leisten.

Große Vorsicht ist bei deprimierten Kranken hinsichtlich der Entlassung aus dem Schutze der Anstalt anzuraten, da gerade in der Genesungszeit die Selbstmordgefahr nicht selten besonders groß ist. Oft entstehen hier erhebliche Schwierigkeiten durch das triebartige Heimweh, das sich bei den Kranken entwickelt und die Angehörigen veranlaßt, gegen alle Mahnungen des Arztes die Entlassung durchzusetzen. Rasche, sehr erhebliche Verschlechterungen, ja Selbstmordversuche sind oft genug die Folge. „Mich hat gleich alles gereut", erklärte ein solcher Kranker. Manche Kranke verlangen auch nur deswegen aus der Anstalt fort, um draußen ihre Selbstmordabsichten ausführen zu können; sie wissen dabei ihre wahre Stimmung oft mit großem Geschick vor Arzt und Angehörigen zu verbergen. Erst dann, wenn das ungeduldige Drängen verschwindet, volle Krankheitseinsicht und gleichmäßig ruhige Stimmung besteht, die Ernährung auf den früheren Stand zurückgekehrt und der Schlaf ungestört ist, kann man die Heilung als vollendet und die Zeit der Entlassung als gekommen ansehen. Ausnahmen sind nur unter besonders günstigen Bedingungen ratsam.

CAJAL, S. RAMON, Studien über die Hirnrinde des Menschen. Deutsch von Dr. J. BRESLER. 5 Hefte. 1900—1906. M. 24.—

1. Heft: Die Sehrinde. VI, 77 Seiten mit 24 Abbildungen. 1900. M. 3.—
2. Heft: Die Bewegungsrinde. IV, 113 S. mit 31 Abb. 1900. M. 4.50
3. Heft: Die Hörrinde. IV, 68 Seiten mit 21 Abbildungen. 1902. M. 3.—
4. Heft: Die Riechrinde beim Menschen und Säugetier. IV, 195 S. mit 84 Abbildungen. 1903. M. 7.50
5. Heft: Vergleichende Strukturbeschreibung und Histogenesis der Hirnrinde. Anatomisch-physiolog. Betrachtungen über das Gehirn. Struktur der Nervenzellen des Gehirns. Mit Namen- und Sachregister zu Heft 1—5. IV, 149 Seiten mit 47 Abbildungen und dem Bildnis des Verf. 1906. M. 6.—

SCHMIDTS JAHRBÜCHER: Über die wichtigsten Arbeiten C.s zur Rindenanatomie ist früher bereits berichtet worden. Es muß aber ausdrücklich hervorgehoben werden, daß das neue Buch zweifellos die vollkommenste Darstellung der Hirnrinde bringt, die wir bisher besitzen.

CAJAL, S. RAMON, Die Struktur des Chiasma opticum nebst einer allgemeinen Theorie der Kreuzung der Nervenbahnen. Aus dem Spanischen übersetzt von Dr. J. BRESLER. Mit Vorwort von Prof. Dr. P. FLECHSIG. VII, 66 Seiten. 1899. M. 3.—, geb. M. 4.—

CAJAL, S. RAMON, Beitrag zum Studium der Medulla oblongata, des Kleinhirns und des Ursprungs der Gehirnnerven. Deutsche vom Verfasser erweiterte Ausgabe besorgt von Dr. J. BRESLER. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. MENDEL. Gr.-8°. VIII, 139 S. mit 40 Abbildungen. 1896. M. 6.—, geb. M. 7.—

ZENTRALBLATT FÜR NERVENHEILKUNDE: Die Lektüre des Buches muß jedem spezell Interessierten dringend empfohlen werden.

HOCHE, A., Die Melancholiefrage. Referat, erstattet auf der 40. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heilbronn am 6. November 1909. M. 60.—

SOMMER, ROBERT, Goethes Wetzlarer Verwandtschaft. 47 Seiten mit 8 Abbildungen. 8°. 1908. Kart. M. 1.50

BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT: Der Verfasser des interessanten Aufsatzes glaubt nachweisen zu können, daß Goethe das Wesentliche seiner dichterischen Begabung und Persönlichkeit von den Vorfahren seiner Mutter, speziell von deren Großvater geerbt hat, wie ja überhaupt die Mutter als Vermittlerin von Eigenschaften, die sie selbst zum Teil nicht zu besitzen braucht, eine viel größere Rolle spielt, als ihr im allgemeinen immer noch zuerkannt wird,

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT: Die neue Zeit versucht auch die Erscheinung des Genies soweit als möglich im Zusammenhang mit der Analyse der angeborenen Anlage zu erklären. Sommer wählt den Fall Goethe und verlangt wiederholt, daß die weiblichen Elemente der Aszendenz, deren Anlagen erfahrungsgemäß den Typus des männlichen Stammes stark zu beeinflussen und gerade nach der genialen Seite hin zu entwickeln imstande sind, viel genauer behandelt werden mögen.

Lief. 5 (Band II, Abt. 1): ÜBERBLICK ÜBER DIE HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER STÄDTEREINIGUNG BIS ZUR MITTE DES 19. JAHRHUNDERTS von Prof. Dr. Th. Weyl. VERHÜTUNG VON RAUCH UND RUSS IN STÄDTEN von Dr. L. Ascher und Direktor E. Kobbert. 75 Seiten mit 45 Abbildungen im Text. Subskriptionspreis M. 3.—, Einzelpreis M. 3.75

Lief. 6 (Band II, Abt. 2): ART UND MENGE DER STÄDTISCHEN ABFALLSTOFFE von Prof. Dr. Th. Weyl. LEICHENWESEN von Prof. Dr. J. Kratter. ABDECKEREIWESEN von Direktor J. Goltz. 207 S. m. 29 Abb. im Text. 1912. Subskriptionspr. M. 7.20, Einzelpr. M. 9.—

Lief. 7 (Band II, Abt. 2): WOHNUNG UND GESUNDHEIT von Ferd. Hueppe. WOHNUNGSAUFSICHT von A. Rath. 89 S. m. 7 Abb. im Text. 1912. Subskriptionspreis M. 3.20, Einzelpreis M. 4.—

Lief. 8 (Band VI, Abt. 2): DIE MUTTER- UND SÄUGLINGSFÜRSORGE UND DIE FÜRSORGE FÜR DAS KLEINKINDERALTER von Dr. Gustav Tugendreich in Berlin. GESCHLOSSENE KINDERPFLEGE AUCH KINDER-KRANKENHÄUSER von Dr. W. Birk. ÖFFENTLICHER KINDERSCHUTZ. JURISTISCHER TEIL von Dr. jur. F. Rolffs. 265 Seiten mit 27 Abbildungen im Text. 1912. Subskriptionspreis M. 9.60, Einzelpreis M. 12.—

Lief. 9 (Band VII, Besond. Teil, Abt. 1): HYGIENE DER BERGARBEITER von Oberbergrat M. Herold in Freiberg in Sa. und Geh. San.-Rat Dr. Lindemann in Bochum. HYGIENE DER ARBEIT IN KOMPRIMIERTER LUFT von Dr. Philipp Silberstern in Wien. VIII, 273 Seiten mit 72 Abbildungen im Text. 1913. Subskriptionspreis M. 9.60, Einzelpreis M. 12.—

Lief. 10 (Band III, Abt. 3): EINZELERNÄHRUNG UND MASSENERNÄHRUNG von Generalarzt Prof. Dr. W. Schumburg. XII, 180 S. mit 15 Abb. im Text. 1913. Subskriptionspr. M. 7.—, Einzelpr. M. 8.75

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT: Das Weylsche Werk kann infolge der Reichhaltigkeit seines Inhaltes, sowie der Gründlichkeit der Bearbeitung desselben jedem praktischen Arzte empfohlen werden, es wird aber auch demjenigen, der sich über eines der einschlägigen Kapitel gründlicher informieren will, durch die sorgfältigen Literaturangaben gute Dienste leisten.

DUBOIS, P., Pathogenese der neurasthenischen Zustände.

36 Seiten. 1909. M. 1.50
(Sammlung klinischer Vorträge Heft Nr. 511/12.)

Dubois gibt in einem klinischen Vortrage seine Auffassung des Begriffes Neurasthenie. Im Vordergrund der Symptome steht die Ermüdbarkeit und Erschöpfung; dazu kommt eine gesteigerte emotionelle Reizbarkeit. Die körperlichen Symptome sind nur Begleiterscheinungen. Denn allen Symptomen liegt zugrunde ein von Haus abnormer psychischer Zustand, die Unfähigkeit zur geistigen Synthese, eine Kleinmütigkeit dem Leben gegenüber. Hier muß auch der Hebel der therapeutischen Bestrebungen ansetzen: ihre Hauptaufgabe ist die Erziehung, und zwar die ethische Erziehung des Kranken.

Spezial-Prospekt steht zu Diensten.

BELL, CHARLES, Idee einer neuen Hirnanatomie. (1811)

Originaltext und Übersetzung. Mit Einleitung herausgegeben von Dr. med. Erich Ebstein, Leipzig. 43 Seiten. 1911. Geb. M. 1.50
(Klassiker der Medizin Band 13.)

Gerade 100 Jahre sind verflossen, daß Charles Bell das kleine Schriftchen für den engsten Kreis seiner Freunde bestimmte. Wie es aber mit Privatdrucken im allgemeinen geht, so auch mit dieser Abhandlung: sie blieb der Wissenschaft gegenüber so gut wie unbekannt. Der vorliegende Druck ist nach dem einzigen im British Museum in London befindlichen Exemplare wieder abgedruckt worden. Zum ersten Male erscheint der klassische Privatdruck in deutscher Übertragung. Bell gebührt der wesentliche Verdienst an unseren Kenntnissen über die Funktionen der Rückenmarkswurzeln, und wenn auch Magendie später die Untersuchungen weiter ausgedehnt hat, so ist ihr Ursprung auf jeden Fall auf Bell zurückzuführen, und das darf ihm nicht vergessen werden.

Spezial-Prospekt steht zu Diensten.

